Rok XXVII. Kraków, 21 Stycznia 1888. Nr. 3.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórorzędném rdzenia pacierzowego.

Na podstawie własnych badań

Skreślił

Prof. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

W ostatnich czasach Homén badał zmiany delikatniejsze zwyrodnienia następowego ze szczególną starannością. Potwierdził on w głównych zarysach wyniki otrzymane przez Schiefferdeckera, w szczególności atoli rozszerzył je w dwóch względach. I według niego sprawa wychodzi z nerwów i kończy się zmianami neuroglii. W nerwach zaś punktem wyjścia zwyrodnienia nie jest istota rdzenna, jak od czasu badań Schiefferdeckera coraz bardziéj przypuszczano, lecz według Hoména nitka osiowa; w neuroglii zaś nie tylko odbywa się bierna sprawa zaniku, lecz i czynny udział elementów przez rozplem.

Już w trzecim dniu po przecięciu rdzenia pacierzowego widzi się w zajętych sznurach coraz więcéj powiększającą się liczbę włókien nerwowych, w których włókna osiowe są nabrzmiałe lub nawet rozpadłe w ziarnistą masę i które straciły już własność barwienia się zwykle używanemi barwikami i okazują szczególną skłonność do barwienia się fuksyną kwaśną na czerwono. Późniéj dopiero zaczyna się zmieniać osłonka rdzenna. Z początku znikają jéj warstwy środkowe do włókienka osiowego przylegające, późniéj traci istota rdzenna własność barwienia się fuksyną, często pęcznieje, a w końcu rozpływa się w taką samą masę ziarnistą, jak włókienko osiowe. Z obydwóch, t. j. z istoty rdzennéj i włókienka osiowego, powstaje więc jednolito napęczniała masa, w któréj trudno tém bardziéj jedno od drugiego odróżnić, ile że tak zmienione włókno osiowe i istota rdzenna kwaśną fuksyną jednakowo się barwią. Nigdy się nie zdarza dojrzeć w choréj osłonce rdzennéj zdrowo utrzymanego włókienka osiowego, podczas gdy przeciwnie można bardzo często zauważyć chore włókno osiowe w zdrowéj osłonce rdzennéj. W dwudziestu dniach po sekcyi rdzenia przedstawiają się wszystkie nerwy w powyższy sposób zmienione. Ciała amyloidu i kulki tłuszczowe są widoczne w choréj tkance. Późniéj znikają schorzałe nerwy utraciwszy przedtém zdolność barwienia się.

Nie we wszystkich degeneracyi podpadających sznurach rozpoczyna się choroba w równym czasie. W tylnych najdelikatniejszemi włóknami opatrzonych sznurach występuje zwyrodnienie najpierw. Dopiero w cztery do pięciu dni późniéj zaczynają zmieniać się sznury przednio-boczne *(Vorderseitenstränge)* poniżéj miejsca zniszczenia, a w końcu drogi móżdżkoboczne (*Kleinhirnseitenstrangbahnen*) wraz ze słupami Clarcka i drogami piramidalnemi.

W czasie gdy osłonka rdzenna zaczyna znikać, a ciałka amyloidowe w zwyrodniałéj tkance zaczynają się pokazywać, rozpoczyna się także i neuroglija zmieniać. Ilość jąder w niéj zwiększa się. Jądra te są albo owalne i należą do płaskich komórek neuroglii; albo téż są one okrągłe, układają się wzdłuż naczyń, wędrując prawdopodobnie z ciałkami limfatycznemi. Tu i owdzie można także spostrzedz rozmaite stadyja pośredniego dzielenia się jąder. W ten sposób powstają nowe elementy podstawowe wzmacniając beleczki neuroglii. A gdy po upływie sześciu do dziewięciu miesięcy także ostatnie pozostałości zwyrodniałych nerwów z pomiędzy nich się usuną, wtedy stają się grubsze i gęstsze, podobnie jak wśród blizny.

Jest rzeczą naturalną, że na rdzeniu ludzkim nie można zmian zwyrodnienia wtórorzędnego krok za krokiem badać. O ile jednak są one dla badania dostępne, nadają się zupełnie do schematu doświadczeniami na zwierzętach stworzonemu.

Przy zwyrodnieniu wtórorzędném mógł także stwierdzić Homén w świeżych przypadkach (21 dni po udarze mózgowym) przedewszystkiém zmiany w włóknach osiowych, a w starszych obok zaniku nerwów schorzenie neuroglii, a wreszcie skurczenie się i zagęszczenie jéj.

Przy bardzo dokładnéj znajomości sprawy zwyrodnienia

wtórorzędnego z jednéj strony, a z drugiéj przy niemożebności przedstawienia nawet w przybliżeniu dokładnego całego przebiegu choroby na rdzeniach ludzkich, musi nam wystarczyć pouczenie się o istocie zwyrodnienia wtórorzędnego u człowieka, jak ono nam się według wyników barwienia safraniną przedstawia, gdy na przykładach poznamy głównych reprezentantów téj choroby na szczycie jéj przebiegu.

Ogólny kształt zwyrodniałych części przedstawia nam się już makroskopowo lub lepiéj pod małém powiększeniem na zabarwionych preparatach, w których tylko istota chromoleptyczna przez krótkie barwienie uwidocznioną została.

Cała tkanka istoty białéj, która jest zdrową i w osłonce rdzennéj włókien nerwowych istotę chromoleptyczną zawiera, barwi się pomarańczowo lub miedziano-czerwono. Te zaś miejsca preparatu, w których ilość istoty chromoleptycznéj jest zmniejszoną lub postradała w części zdolność barwienia się, wygląda podobnie, jak bardzo cienkiemi włóknami rdzennemi poprzerzynana w istotę rdzenną bardzo uboga istota szara, blado czerwono lub różowo. Jeżeli istota chromoleptyczna w pewnéj grupie znikła zupełnie, to nie zabarwi się to miejsce safraniną całkiem i pozostaje białe. W ten sposób wyróżnia się w każdym razie miejsce chore przez osłabioną lub zupełnie zniesioną zdolność barwienia się od otoczenia silnie zabarwionego i przedstawia się oku jasno i wyraźnie jako jasna plama zwyrodnienia. Z dwóch przypadków, które tutaj podaję, jeden odnosi się do zwyrodnienia wtórorzędnego wstępującego, drugi do zstępującego.

W pierwszym zachorował rdzeń w skutek zgniecenia w dolnéj części piersiowéj. W drugim było powodem choroby ognisko udarowe w lewéj półkuli mózgowéj. Obydwa rdzenie pochodzą ze zbioru wiedeńskiego anatomo-patologicznego zakładu, którego kierownik prof. Kundrat przez udzielenie ich bardzo mnie zobowiązał.

Zwyrodnienie wstępujące ogranicza się do sznurów Golla.

Przez ognisko w lewéj półkuli mózgowéj zostały zniszczone obydwie grupy nerwów lewych dróg piramidalnych w kierunku zstępującym; mianowicie lewy sznur piramidalny przedni, prawy piramidalny boczny i prawa połowa przedniéj białéj komisury. Już przy małém powiększeniu wpada w oczy wyraźna różnica w zabarwieniu zwyrodniałych sznurów. Chory sznur Golla jest jeszcze w swéj tylnéj połowie słabo czerwono zabarwiony. Zwyrodniałe drogi piramidalne rdzenia są natomiast całkiem bezbarwne. Chory sznur Golla zawiera zatém zwłaszcza w swéj tylnéj połowie jeszcze pewną ilość istoty chromoleptycznéj, t. z. włókien prawidłowych lub jeszcze nie zwyrodniałych, podczas gdy chore drogi piramidalne już zupełnie ją utraciły. Zwyrodnienie zstępujące z zupełnym zanikiem istoty chromoleptycznéj musi być zatém dawniejsze aniżeli schorzenie sznurów Golla w drugim rdzeniu. Że chory sznur Golla w swych przednich częściach wykazuje silniejsze zwyrodnienie aniżeli w tylnych, dowodzi, że nie wszystkie włókna jednego systemu przy zwyrodnieniu wtórorzędném w równym czasie podpadają chorobie. Dalszym faktem, który już pod małém powiększeniem w oczy wpada, jest ten, że cały przekrój poprzeczny zwyrodniałego sznuru Golla i drogi piramidalnéj zasiany jest delikatnemi, ostro występującemi, jasno-czerwonemi punktami. Dokładniejsze wyniki otrzymać można tylko przy pomocy silniejszych powiększeń. Kawałek najlepiéj utrzymanego tylnego odcinka sznura Golla przedstawia zmiany zwyrodnienia wtórorzędnego w każdym razie w bardzo jeszcze świeżym okresie. Tkanka prawidłowa białéj istoty rdzenia okazuje przy podwójném barwieniu przekroje poprzeczne nerwów w kształcie okrągłych pierścieni o bardzo miarowéj postaci i rozmaitéj wielkości. Ta ostatnia nie przenosi zwykłéj miary (0·020mm.) i nadaje całemu obrazowi wejrzenie regularnéj mozaiki. Każda część téj mozaiki jest brunatno-czerwoném kołem, safraniną zabarwiona osłonka rdzenna. Środek każdego z tych kół jest jasny i składa się z niezabarwionego włókna osiowego i wewnętrznéj doń przylegającéj warstwy osłonki rdzennéj, która również nie przyjmuje barwika. Silne powiększenia wykazują jeszcze pewne szczegóły, mianowicie w budowie brunatno czerwonéj osłonki rdzennéj. Spostrzedz w niéj można delikatne włókienka, które jak żyłki marmuru splatając się między sobą łączą się w jeden wieniec. W niezabarwionym środku tego wieńca widocznym jest przekrój włókna osiowego i wewnętrzna warstwa istoty rdzennéj, połyskiem swym przypominająca muszlę perłową. Znajomość tych wszystkich szczegółów, jak wnet zobaczymy, ma swoje znaczenie, ponieważ dają one nam miarę o stanie fizyjologicznym włókna nerwowego. Z rozpoczęciem się choroby giną także te szczegóły. Pomiędzy czerwono-brunatnemi kołami przekrojów nerwowych widzieć można rozsiane fijoletowo zabarwione okrągłe jądra neorogllii. Zupełnie inny obraz przedstawia nam tkanka chora.

Zamiast gęsto ułożonych pierścieni o regularnym okrągłym kształcie i jednolitém zabarwieniu, widzimy w obszarze zwyrodniałym pstrą mięszaninę tworów, które chociaż łatwo poznać w nich zwyrodniałe nerwy, jednak od dopieroco opisanych prawidłowych nerwów w znacznym stopniu się różnią. Kształt, wielkość, wewnętrzna budowa i zabarwienie nerwów chorego obszaru zmieniły się zupełnie. Fijoletowo zabarwione jądra neuroglii tylko, zdaje się, że zatrzymały swój pierwotny stan. Większa część chorych nerwów nie jest na przekroju poprzecznym ani okrągłą, ani też nie są to pierścienie. Są to po największéj części pojedyncze plamy eliptycznego lub nie regularnego okrągłego kształtu. Wygląda to tak, jak gdyby istota rdzenna się rozpłynęła, wewnętrzną swą budowę zupełnie straciła a i zawisła jako nieforemna kropla na włóknie osiowém, lub też przeciwnie, jak gdyby włókno osiowe napęczniało i rozepchało osłonkę rdzenną aż do bardzo cienkiéj blaszki. Niektóre wreszcie obrazy dają wrażenie, jak gdyby w nich zachorowała w powyższy sposób równocześnie i osłonka rdzenna i włókno osiowe. Obydwie te części bowiem są ze sobą zlane i tworzą jednolitą, czasem ziarnistą masę, która wpada w oczy swą znaczną wielkością i właściwym sposobem barwienia się safraniną. Obydwie spisane postacie składają się na znaczną część pod małém już powiększeniem widocznych punktów w zwyrodniałéj tkance. Poznajemy ztąd, że charakterystyczne bryłowate zwyrodnienie włókien osiowych i właściwe zabarwienie ich zwyrodniałych mas częściéj, same lecz czasem z współudziałem istoty rdzennéj, są zmianami które wywołuje zwyrodnienie wtórorzędne.

Ta charakterystyczna własność barwienia safraniny doprowadziła do odkrycia pomienionych faktów. Zdrowe bowiem włókno osiowe pozostaje nie zabarwione. W tych samych warunkach barwi się osłonka rdzenna pomarańczowo. Chore zaś włókno osiowe i zmieniona osłonka rdzenna barwiona safraniną przyjmują zabarwienie żywo karmazynowo-czerwone. W ten sposób stanowi safranina czuły odczynnik nietylko na zanik istoty chromoleptycznéj, lecz także na powyżéj opisany rodzaj zwyrodnienia nerwów. Co do tych ostatnich zaś czułość safraniny głównie na tém polega, że przy krótkiém barwieniu

najpierwsze ze wszystkich składników tkanki nerwowéj barwią się napęczniałe włókna osiowe i istota rdzenna.

Nadzwyczaj pouczającym co do zachowania się napęczniałych włókien i osłonki rdzennéj jest obraz podłużnie przeciętych chorych nerwów. Na miejscu długich nie przerywanych nitek nerwowych widzimy napęczniałe jasno-czerwone kawałki i odłamki tychże, oddzielone od siebie szerokiemi przestrzeniami. Z tych ostatnich znikły nerwy. Po części są one jeszcze wypełnione nie zabarwionemi atroficznemi resztkami nerwów. Chore miejsce nerwu można natychmiast poznać: 1) po jego żywo-czerwoném zabarwieniu, 2) po zmienionéj postaci jego części składowych. Regularna nitkowata postać zdrowego nerwu przerywa się w miejscu chorém, a natomiast pozostaje, co najczęściéj się przydarza, albo samo włókienko osiowe z początku wrzecionowato późniéj kolbkowato rozszerzone, albo też, lecz to już rzadziéj, istota rdzenna zmieniona w napęczniałą, bryłowatą masę, wśród któréj spostrzedz czasem można pęcherzyki lub bańki, lub wreszcie włókno i istotę rdzenną równocześnie w opisany sposób zmienione. Ponieważ przy tych zmianach rozchodzi się właściwie o napęcznienie, wydęcie lub zgrubienie na kształt żylaków, to chciałbym, aby późniéj uniknąć powtarzania i szerokiego opisywania, stany te objąć nazwą „*Varicosis*". Nazwa ta określa równocześnie zajęcie włókna osiowego i istoty rdzennéj. Przez *filovaricosis* rozumiem chorobowe rozszerzenie tylko włókna osiowego, a przez *myelovaricosis* istoty rdzennéj. Chociaż przy zwyrodnieniu wtórorzędném *filovaricosis* zdaje się górować nad *myelovaricosis*, to jednak mimo wszelkich usiłowań nie udało mi się z pewnością rozstrzygnąć, czy częstszą jest *filo-* czy *neurovaricosis*, t. z. żylakowate zwyrodnienie i nitki osiowéj i istoty rdzennéj.

Nie mogę zatém z taką pewnością, jakto Homén zrobił, uważać włókna osiowego za pierwotne miejsce dotknięte zwyrodnieniem wtórorzędném. Różnicę w naszych wynikach stanowi zapewne ta okoliczność, że safranina jest o wiele czulszym odczynnikiem na chore nerwy, niż fuksyna przez Hoména używana. Safranina wykrywa zatém prawdopodobnie zmiany w istocie rdzennéj już wtedy, gdy fuksyna przedstawia ją jeszcze jako zdrową.

W przeciwieństwie do żywo czerwonych żylakowych przecięć nerwów uderza w oczy splot reszty nerwów w zwyrodniałéj tkance têm wyraźniéj, ile że one barwią się bardzo słabo i są nadzwyczaj blade. Trudno jest opisać wszystkie szczegóły tych bladych nerwów. Muszę się więc ograniczyć do krótkiéj wzmianki, że przedstawiają one okresy przejściowe postępującego, ale prostego zaniku najpierw istoty chromoleptycznéj i rdzennéj, a późniéj także włókna osiowego. Ten „prosty" zanik cechuje przedewszystkiém postępująca utrata własności barwienia się istoty rdzennéj. Ztąd też chore nerwy nie przedstawiają nic innego jak tylko wszystkie przejścia barw od czerwonéj przez różową i żółtą aż do fijolotowéj i szaréj. Podstawą dla tych rozmaitych odmian barw jest jużto jednolita nie napęczniała istota rdzenna, jużtéżto pojedyncze w dobrze odróżnić się dającéj osłonce rdzennéj koła i pasma istoty chromoleptycznéj. Z tego wynika, że tutaj wyrodnieją nerwy bez poprzedniego napęcznienia żylakowego i że w tym razie istota rdzenna po prostu zanika, albo stając się przytém jednolitą lub też tracąc swą istotę chromoleptyczną. Tylko wtenczas, gdy wśród bladych nerwów są widoczne postacie żylakowe, można nerwy te uważać za daléj posunięte okresy warykozy. Zachowanie się włókna osiowego jest inném w zwykłym zaniku aniżeli w *varicosis*. Tutaj bierze on udział w sprawie chorobowéj, tam pozostaje nienaruszony. W zwykłym zaniku ginie włókno osiowe wtenczas dopiero, gdy po zniszczeniu istoty rdzennéj przyjdzie nań koléj zaniku. W ten sposób jest jasném, że wśród opisanych pojedynczo zanikających nerwów widzieć można otwory w neuroglii, w których albo siedzą nagie włókna osiowe jako resztki zanikających nerwów lub też i tych nawet nie posiadają i są próżne. Podczas gdy na szczycie zwyrodnienia liczba zanikających nerwów przewyższa liczbę żylakowatych, to na początku zwyrodnienia stosunek ten jest wprost odwrotny, co też wskazuje na to, że pewna część nerwów zanikowych powstaje z nerwów żylakowatych. Badając zwyrodnienie wtórorzędne we wcześniejszym okresie widzi się przekrój chorego sznura, jak gdyby zasiany żylakowatemi włóknami. Pomiędzy czerwonemi punktami są skąpo rozmieszczone włókna zdrowe lub atroficzne. Przy słabém powiększeniu wygląda też taki sznur nie blado lecz jasno-czerwono. Pod silném powiększeniem stwierdzić można, że te czerwone plamy są po największéj części przekrojami filowarykotycznych włókien. Na przekrojach podłużnych otrzymujemy obraz rozpadających się, przestworami od siebie oddzielonych, napęczniałych jasno czerwonych odłamków nerwów. W ten sposób przynajmniéj zachowywała się tkanka chora w pewnym przypadku następującego zwyrodnienia, w którym w cztery tygodnie po zgnieceniu części lędźwiowéj rdzenia nastąpiła śmierć. (Dok. nast.)

II. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu*).

Podał

Dr. Antoni Mars,

Docent Uniw. Jagiell. i b. asystent prof. Madurowicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

W celu zbadania téj kwestyi robiłem liczne przekroje pochwy jużto podłużne, jużtéżto poprzeczne, biorąc znaczniejsze przekroje do badania. Z preparatów moich wynika, że na zewnątrz znajduje się niezaprzeczenie warstwa mięśni podłużnie przebiegających, od wewnątrz zaś warstwa mięśni okrężnych, że jednak zgodnie ze zdaniem Toldta w téj ostatniéj wiązki podłużnie i skośnie przebiegające znajdują się i leżą często tuż pod błoną śluzową. Wiązki mięśniowe podłużne już wolném okiem widoczne zbiegają z macicy na pochwę i to tak na przednią jakoteż i na tylną jéj ścianę. Warstwa przechodząca na ścianę przednią jest o wiele grubszą i silniejszą aniżeli ta, która przechodzi na tylną. Warstwa ta mięśni podłużnie przebiegających składa się daléj nie tylko z wiązek mięśniowych, należących do warstwy powierzchownéj macicy, ale łączy w sobie i wiązki mięśniowe idące z głębi części pochwowéj ku sklepieniom i na pochwę. Widzieć to można łatwo szczególniéj na przecięciach wziętych z macic ciężarnych. Idąc za przykładem Rungego i Bayera krajałem liczne preparaty mikrotomem dość grube do oglądania pod lupą. Skrawki takie barwione w pikrokarminie, a późniéj w kwasie pikrynowym i wreszcie wyjaśnione olejkiem goździkowym okazują bardzo pięknie wiązki mięśniowe, przebiegające od pochwy w utkanie szyi macicy w kierunku jéj kanału. Bayer[1]) w swéj cennéj pracy podaje toż samo i dodaje, że wiązki te rozszerzają

---

*) W numerze 2gim tytuł rozprawy przez omyłkę inaczéj podany niniejszém prostujemy. *Redakcyja.*

[1]) *Gynaekol. Klinik. Morphologie der Gebärmutter* str. 421.

się w dolnym odcinku części pochwowéj i stoją prawdopodobnie w pewnym stosunku do utkania warg części pochwowéj. Ogólnie godzą się autorowie na to, że wiązki mięśniowe należące do pewnych systemów mięśniowych macicy przechodzą na pochwę. Bayer [1]) w nadmienionéj pracy wykazuje, że na przednią ścianę pochwy przechodzą z macicy wiązki należące do systemu więzów okrągłych, podczas gdy na tylną ścianę pochwy należące do systemu więzów jajnikowych [2]). Daléj stwierdza [3]), że wiązki mięśniowe należące do systemu mięśni *retractores uteri* biorąc początek na tylnéj ścianie szyi macicy poniżéj ujścia wewnętrznego zbiegają skośnie w części pochwowéj po bokach ku przodowi i tworząc niejako pętle schodzą do sklepienia przodkowego. Taż sama budowa, jaka przejmuje sklepienia, zstępuje ku dołowi. W dolnéj części pochwy znajduje się mięsień *sphincter vaginae* opisany przez Luschkę, otaczający pochwę wraz z cewką moczową na szerokość 4—7 mm. Od dołu i od góry jest on cieńszy, w środku zaś grubszy. Mięsień ten jest mięśniem prążkowanym [4]).

Własne moje badania warstwy mięśniowéj pochwowéj na skrawkach mikrotomem ciętych wzdłuż całéj pochwy wraz z dolnym odcinkiem części pochwowéj i przez całą jéj szerokość, jak niemniéj na preparatach macerowanych sposobem przez Bayera [5]) podanym, pouczyły mnie, że warstwa mięśniowa zewnętrzna, zbiegająca z macicy na pochwę, inaczéj zachowuje się na tylnéj aniżeli na przedniéj ścianie. Na przedniéj ścianie pochwy zbiegają wiązki podłużne mięśniowe z macicy równolegle do ścian pochwy aż do połowy mniéj lub więcéj długości tejże. W tym przebiegu zbiegają one nie tworząc ściślejszego połączenia z resztą mięśniowego utkania pochwy, ale dają się z łatwością od niego oddzielić. Na preparatach macerowanych według sposobu Bayera widać wyraźnie ich blaszkowate, warstwowate ułożenie. Na preparatach spirytusowych pod lupą w długich skrawkach przygotowanych widać wiązki podłużne równoległe. Skoro wiązki te dosięgają dolnéj połowy pochwy, łączą się z resztą utkania mięśniowego pochwy i gubią się w niém w różnych kierunkach, przez co warstwa mięśniowa staje się znacznie grubszą. Na tylnéj ścianie pochwy rzecz się ma inaczéj. Podobna warstwa mięśni podłużnych, ale znacznie słabsza schodzi z tylnéj ściany macicy na pochwę i przebiega równolegle obok niéj na długości $1\frac{1}{2}$—2 cm. poniżéj sklepienia, poczém zaś wplata się w utkanie mięśniowe pochwy. Rysunki z preparatów wykazują te stosunki*).

Zmiany w pochwie podczas ciąży. Podobnie jak we wszystkich organach należących do narządu płciowego, tak też i w pochwie występują znaczne zmiany podczas ciąży. Zmiany te występują w trojakim kierunku i tak: pod wpływem nowotworzenia się tkanin, pod wpływem stałego przekrwienia, a wreszcie zmiany w położeniu pochwy wywołane różném zachowaniem się i położeniem macicy.

Nowotworzenie się tkanin odnosi się do wszystkich warstw pochwy, a w szczególności do warstwy mięśniowéj. Stałe przekrwienie w pochwie, a témsamém podniesiona znacznie czynność odżywcza sprawia, że pochwa staje się soczystszą, pulchnieje, błona śluzowa staje się grubszą, czynność jéj się podnosi, wydzielanie śluzu staje się obfitszém, a brodawki powiększone i obrzmiałe, często z łatwością palcem wyczuć można. Tkanka tłuszczowa otaczająca pochwę zanika, przez co pochwa staje się elastyczniejszą i więcéj do rozciągnięcia się nadaje. Daléj układa się w fałdy grube; przybiera zabarwienie sine; ciepłota przy badaniu daje się stwierdzić jako podniesiona. Powyższe czynniki składają się na to, że pochwa staje się w ścianach grubszą, znacznie dłuższą i szerszą, a co najważniejsza znacznie rozciągliwą.

Trzeci czynnik, t. j. różne zachowanie się i położenie macicy, wywołuje zmiany w pochwie dotyczące jéj położenia w obec organów sąsiednich i ułożenia w saméj sobie, co należy ściśle do zakresu naszego tematu.

Nim do poszczególnych opisów zachowania się pochwy podczas ciąży i porodu przystąpię, muszę nadmienić, że od lat wielu we wszystkich przeze mnie badanych przypadkach osób brzemiennych i rodzących zwracałem pilnie uwagę na zachowanie się pochwy, do czego główną pobudką było mi pierwsze wystąpienie Bandla z zapatrywaniami o zachowaniu się części pochwowéj podczas ciąży i porodu. Nadto przed spisaniem moich spostrzeżeń przedsięwziąłem szereg badań w tymże kierunku w klinice prof. Dra Madurowicza i w praktyce prywatnéj na stu kilkudziesięciu przypadkach. Wśród badania dokonywałem w każdym przypadku pomiarów pochwy, umyślnie na ten cel przygotowanym przyrządem, uzyskane wyniki rysowałem schematycznie, o ile możności najdokładniéj, a porównywając otrzymane rysunki, starałem się tym sposobem spostrzeżenia moje stwierdzić, co mi się w zupełności udało.

Mierzenie pochwy jest niezaprzeczenie rzeczą trudną ze względu na trudność oznaczenia jéj granicy, a nadto ze względu na fałdy, w jakie pochwa bywa ułożoną. W obec tego o anatomicznéj dokładności pomiarów pochwy osoby żywéj mowy być nie może. Mimoto jednak, posługując się we wszystkich przypadkach jedną i tąższamą metodą, można dojść do wyników, które nas pouczają o stosunku wzajemnym poszczególnych pomiarów. Do pomiarów używałem drążka szklanego grubości palca małego, na końcu zaokrąglonego, oznaczonego podziałką i wygiętego podobnie jak oś miednicy. Drążek ten dający się łatwo oczyścić przechowywany był zawsze w roztworze kwasu karbolowego. Każde mierzenie poprzedzałem badaniem za pomocą palca, a odnalazłszy miejsce, od którego mierzyć chciałem, wprowadzałem pod kontrolą palca badającego opisany drążek. Pomiarów dokonywałem mierząc odległość sklepień od wnijścia pochwowego na przedniéj i na tylnéj ścianie pochwy. Mierząc przednią ścianę opierałem drążek końcem o sklepienie, a do ściany pochwowéj przykładałem wklęsłą jego stronę i odczytywałem na podziałce miejsce odpowiadające położeniu otworu cewki moczowéj, przy mierzeniu zaś długości tylnéj ściany oparłszy koniec na sklepieniu tylném przykładałem do niéj wypukłą stronę drążka i odczytywałem na podziałce punkt leżący w wysokości więzadełka. Tępy koniec drążka dozwalał mi napinać sklepienia bez szkody dla osoby ciężarnéj lub rodzącéj.

Badania doprowadziły mnie do następujących wyników:

W pierwszych trzech miesiącach ciąży, gdy powiększona macica cięży zwiększonym ciężarem ku dołowi, pochwa zachowuje kierunek mniéj lub więcéj taki, jaki miała przed zajściem w ciążę, ułożenie jednak pochwy zmienia się o tyle, że część pochwowa stojąc niżéj wstercza więcéj do przewodu pochwowego, tém samém wgłabia ściany pochwy w sklepieniach tak, że część nadpochwowa szyi macicy przylegającemi ścianami pochwy jest otoczona. Nadto pochwa jest

[1]) l. c. 426. [2]) Bayer l. c. 424. — [3]) Bayer l. c. 408 i 423 Atlas Fig. 5, Tab. XXIV. — [4]) Luschka l. c. 387. [5]) Bayer l. c. 502.

*) Tablicę dodamy w końcu. *Redakcyja.*

pulchniejszą, soczystszą, ciepłota w niéj lekko podniesiona. Pomiędzy zachowaniem się przedniéj a tylnéj ściany pochwowéj różnicy wykazać nie można, zachowują się podobnie jak w stanie po za ciążą. Pomiary w tych przypadkach nieliczne nic nie pouczają: przednia ściana pochwy wynosi około 7miu, tylna około 11 cm.

Od czwartego miesiąca księżycowego, gdy macica wznosi się ku górze, pociąga za sobą górne przyczepienie pochwy, a tém samém zwiększa jéj wygięcie ku przodowi, zmienia jéj kierunek, który w górnéj połowie pochwy zbliża się do kierunku osi miednicy. Przy badaniu czuć, że pochwa jest grubszą, więcéj fałdzistą, coraz pulchniejszą i soczystszą. Nadto wydaje się dłuższą, co též i pomiary stwierdzają, przednia ściana bowiem ma około 8miu, podczas gdy tylna około 11—12stu cm. Sklepienia obejmują część pochwową zgrubiałą, a tém samém nieco więcéj są od siebie oddalone.

Pod koniec ciąży, gdy się wytwarza stan lekkiego przodopochylenia macicy, a dolny jéj odcinek zstępuje ku dołowi, pochwa zostaje wyciągniętą w kierunku ku tyłowi, a sklepienie przodkowe bywa mniéj lub więcéj wypuklone. W ułożeniu pochwy zachodzą wybitne różnice w różnych przypadkach, musimy je zatém z osobna omówić.

U pierwiastek z miednicą prawidłową, z położeniem płodu czaszkowém, nadto u niektórych wieloródek z miednicą obszerną, lub u takich, które po dłuższym przeciągu czasu powtórnie są w ciąży, dolny odcinek macicy wraz z główką wstępuje już podczas ciąży do próżni miednicy, a główka swym szczytem dosięga jéj wychodu. Przednia ściana dolnego odcinka macicy znacznie wypuklona, co wraz z występującém przodopochyleniem macicy czyni, że część pochwowa znacznie ku tyłowi jest zwrócona, tak że ją nieraz od tyłu wypuklenia ku kości krzyżowéj zwróconą znajdujemy. Sklepienie przodkowe znacznie wypuklone i szerokie, tylne szczelinowate. Przednia ściana pochwy w dole skurczona i napięta, jakby zgrubiała i znacznie skrócona, podczas gdy w samym szczycie przedniéj ściany bliżéj sklepienia ściana bywa więcéj wiotką, nienapiętą, często w fałd do przewodu pochwy sterczący ułożoną. Fałdy te są wyraźne, jeżeli część pochwowa leży w osi miednicy, im więcéj zaś od kierunku osi miednicy zbacza ku tyłowi, tém rzadziéj je napotykamy. Ściana tylna ku górze wyciągnięta miernie napięta. Nadto na przedniéj ścianie pochwy czuć drobne poprzeczne fałdy, które zdają się leżeć na zbitéj podstawie, podczas gdy ściana tylna jest więcéj gładką w dotknięciu. Pomiary pochwy drążkiem szklanym dokonywane wykazały długość przedniéj ściany 5 cm., tylnéj zaś 10—12 cm. Oddalenie sklepień od siebie w porównaniu z innemi przypadkami jest znaczne. Chciałem w tym kierunku wykonywać pomiary, lecz mi się nie udawały, a przynajmniéj nie zdawały mi się być dość dokładnemi.

U wieloródek z prawidłową miednicą i położeniem płodu czaszkowém, u których główka do końca ciąży nad wchodem się znajdowała, spotykałem stosunki więcéj zbliżone do tych, jakie opisaliśmy u osób brzemiennych, różnica polegała na tém, że sklepienie przodkowe było nieznacznie wypuklone lub płaskie, a tém samém, że oddalenie jednego od drugiego sklepienia było znaczniejsze. Nadto w sklepieniu samém można było napotkać fałd półksiężycowaty, wypukłością ku sklepieniu przodkowemu zwrócony. Po za tém pochwa była fałdzista, długa. Pomiary wykazywały tylko nieznaczne skrócenie przedniéj ściany pochwy.

U pierwiastek, u których płód leżał w położeniu miednicowém, co najczęściéj przydarza się w przypadkach miednic ścieśnionych, w miarę tego im wyżéj pośladki leżały, odnajdywałem stosunki więcéj zbliżone do tych, jakie napotykałem u wieloródek z położeniem płodu czaszkowém lub też w miarę im pośladki były niżéj ustawione, więcéj zbliżone do tych, jakie napotykamy u pierwiastek z miednicą prawidłową i położeniem płodu czaszkowém.

Badając wreszcie osoby, u których było położenie płodu poprzeczne lub skośne, nadto osoby, u których było ścieśnienie miednicy znaczniejszego stopnia, znajdowałem pochwę szeroką, fałdzistą w poprzeczne fałdy ułożoną, które się ku jéj światłu jużto od przodu, jużtéžto od tyłu wpukłały. Sklepienia przednie od tylnego nie o wiele oddalone, obejmowały część pochwową jako dość długi i gruby czopek do pochwy sterczący. Wymiary uzyskane sposobem wyż opisanym bywały takie, jakie napotykamy w czasie ciąży, t. j. średnio długość przedniéj ściany wynosiła około 8miu, tylnéj zaś około 12stu cm. W poszczególnych przypadkach bywały wymiary dłuższe lub krótsze, stosunek jednak długości przedniéj ściany do tylnéj bywał zwykle ten sam utrzymany, t. j. mniéj lub więcéj jak 2 : 3.

Znane rysunki uzyskane z przekrojów wykonanych na osobach zmarłych podczas ciąży lub porodu, a podane przez Braunego[1]), Waldeyera[2]) i Stratza[3]) przedstawiają opisane stany bardzo dobrze. Pomiary dokonane na tych rysunkach doprowadzają do tych samych wyników, co badanie i pomiary na osobach żywych przedsięwzięte. (C. d. n.)

III. Z prywatnéj kliniki ginekologicznéj Dra Święcickiego w Poznaniu.

Wyłuszczenie szerokopodstawnego śródściennego mięśniaka szyjki macicznéj

przez

Dra Święcickiego.

Mięśniaki szyjki macicznéj rzadko stosunkowo się zdarzają. I tak obserwował Thomas Lee[1]) na 74 przypadki mięśniaków macicznych tylko 4, które wychodziły z szyjki, a A. Courty[2]) opisuje 131 przypadków, między któremi tylko 21 mięśniaków brało swój początek z szyjki macicy.

Jako przyczynek do kazuistyki szerokopodstawnych śródściennych mięśniaków szyjki macicy niechaj posłuży następujący przezemnie operowany przypadek.

Pani K. z Poznania, mająca lat 36, miesiączkowała po raz pierwszy w 14 roku życia. Peryjod bywał 4-tygodniowy i trwał 3 do 4 dni. Od lat 13 zamężna przebyła chora 6 połogów. Ostatni przed 6 laty. Wszystkie były lekkie i odbyły się bez pomocy lekarskiéj. Od czasu ostatniego połogu stawało się miesiączkowanie nieregularne i obfite. Często trwało ono do 10 dni. Chora w skutek krwotoków coraz więcéj słabła i niezdolną była do pracy. Przed 2 laty krwotok tak był silny, że kol. Grodzki, lekarz domowy p. K., zawezwał mnie na naradę. Wówczas sprawdziliśmy wspólnie *endometritis glandularis* i *metritis*. Wybujałą błonę śluzową

---

[1]) *Die Lage des Uterus und Foetus am Ende der Schwangerschaft, Leipzig* 1872. — [2]) *Medianschnitt einer Hochschwangeren, Bonn* 1886. — [3]) *Der schwangere und kreissende Uterus. Schröder, Bonn* 1886.

[1]) *On tumors of the uterus. London* 1847. — [2]) *Maladies de l'utérus. Paris* 1866.

macicy wyłyżeczkowałem, o ile tylko było można, następnie wstrzyknąłem do jamy macicznéj nalewkę jodową, a wewnętrznie przepisaliśmy sporysz. Krwawienie ustało, jednak zwróciliśmy choréj uwagę, aby, jak tylko krwawienie będzie większe, natychmiast się do mego zakładu zgłosiła. Przez lat dwa chora znaku życia o sobie nie dawała. Dopiero we wrześniu zeszłego roku zawezwany zostałem w nocy do choréj, która tak silnie krwawiła, że dwa razy omdlała. Badając oburęcznie stwierdziłem ku wielkiemu memu zdziwieniu w górnéj części pochwy guz wielkości pięści dorosłego człowieka, wypełniający zupełnie pochwę. Założywszy po desinfekcyi w pochwę tampony z gazy jodoformowéj, kazałem chorą na drugi dzień rano przenieść do méj kliniki. Tutaj w obecności kol. Grodzkiego przystąpiłem do dokładnego zbadania i do operacyi. Oczyściwszy pochwę i sąsiednie części ciała 3% rozczynem karbolowym zbadałem chorą oburęcznie i następujący otrzymałem wynik. Ponad spojeniem kości łonowych wyczuć było można guz poruszalny, dający się ręką objąć, a z obu boków guza wyczuć mogłem sznurowate zgrubienia. Nie ulegało najmniejszéj kwestyi, że guz ten był macicą. W pochwie wyczuwałem narośl wielkości pięści doroslego człowieka. Narośl ta była małoco poruszalna, ale mimoto widoczném było, że poruszanie narośli udzielało się macicy, którą drugą moją ręką kontrolowałem zewnątrz ponad kośćmi łonowemi. Dowodziło to, że narośl jest w związku z macicą. Badającemu dokładnie przez pochwę było mi początkowo prawie niepodobném odróżnić narośl od macicy, czyli innemi słowy wyczuć granicę między macicą a naroślą. Gdybym nie był pewny, że ponad kością łonową z wszelką dokładnością wyczułem macicę, musiałbym tutaj koniecznie przypuścić możliwość przenicowania macicy. Tak jednak przypuszczenie to nie było uzasadnione. Badając ciągle narośl w pochwie i rozszerzone znacznie sklepienie wymacałem wreszcie zupełnie ku górze i przodowi maleńkie wklęśnięcie, które ostatecznie okazało się jako otwór zewnętrzny macicy. Tutajto po kilku bezskutecznych próbach udało mi się założyć dwa palce, któremi starałem się przez powolne trakcyje narośl ku dołowi przesunąć. Skoro tylko narośl czyli przednia jéj część ukazała się w sromie i to zupełnie tak jak główka dziecka przy porodzie, zaprzestałem dalszych trakcyj, gdyż narośl tak mi ściskała palce, iż najpierw o dalszych trakcyjach mowy być nie mogło, a następnie narośl pochwę zupełnie wypełniała i dalszy rękoczyn w pochwie robiła niemożliwym. Nie pozostawało mi więc nic innego, jak wyłaniającą się część narośli odciąć. Asystent kontrolował w tym czasie macicę przez położenie ręki ponad spojeniem kości łonowych. Po resekcyi téj części nowotworu przystąpiłem do wyłuszczenia, które w porównaniu z dotychczasowym przebiegiem operacyjnym odbyło się dość łatwo. Teraz téż dokładne zbadanie siedliska narośli było możliwe. Wychodziła ona z całéj tylnéj ścianki szyjki macicy, usta maciczne były do wielkości dłoni rozszerzone, a przednia warga przedstawiała się jako nader cienki i wąski listek. Macicę przy oburęczném badaniu wyczuć było można cokolwiek mniejszą, głębiéj nadto siedzącą i w lewo ułożoną w normalnéj antefleksyi. Pochwę wypełniłem gazą jodoformową, a chora otrzymała wewnętrznie 2,0 sporyszu. Przez całe 45 minut trwania operacyi ubytek krwi był stosunkowo mały. W pierwszych dniach i nocach po operacyi uskarżała się chora na nader znaczne bóle w podbrzuszu. Tętno nie przechodziło 110 na minutę, ciepłota nie przechodziła 38,3° C. Piętnastego dnia po operacyi chora opuściła klinikę, a zbadanie w dniu tym wykazało: otwór maciczny poprzecznie do 3 cm. szeroki, usta maciczne dość pulchne, macicę mniejszą, poruszalną i na dotyk niebolesną. W 5 tygodni po operacyi nastąpiło piewsze miesiączkowanie, które trwało 3 dni.

Przypadek powyższy z wielu względów budzi pewne zaciekawienie. I tak przedewszystkiém mamy przed sobą przypadek, w którym przed 2 laty stwierdziliśmy *endometritis glandularis*, a żadnego nowotworu wówczas jeszcze nie można było wyczuć. Żeby się miał wówczas po wyskrobaniu macicy nowotwór zacząć tworzyć, trudno przypuścić, prędzéj wypada przypuścić, że narośl ta powstała dopiero w ostatnim roku. Zachodzi jednak pytanie, czy narośl ta z szyjki macicznéj wzięła swój początek, bo Winckel[3]) wyraźnie nadmienia, że ani na żyjących, ani u trupów nigdy narośli biorących z szyjki macicznéj swój początek nie zauważał. W ogóle Winckel jest zdania, czy czasem u tego rodzaju nowotworów nie chodzi po prostu o nowotwory jamy macicznéj, które ku dołowi się opuściły. Przypuszczenie takie, co się tyczy naszego przypadku, jest niemożliwe, gdyż przy wyłuszczaniu wyczuwałem jak najdokładniéj szerokopodstawną insercyję nowotworu z szyjki macicznéj, a nadto druga moja ręka spoczywająca ponad spojeniem kości łonowych mogła wyraźnie wyczuć ciało macicy. Znane są zresztą w literaturze takie przypadki, w których nowotwory jedynie wychodziły z szyjki macicy. Jeżeli odłączymy przypadki mięśniaków podbłonowych szyjki macicznéj, a które opisane są przez P. Müllera[4]), Hall Davisa[5]), B. Schultzego[6]) i Barnesa[7]), to pozostają jeszcze ciekawsze przypadki śródściennych mięśniaków szyjki macicznéj, o których pisali P. Müller[8]), Murray[9]) Chiari[10]) Spiegelberg[11]), Freund[12]), Breisky[13]) i inni.

Badanie drobnowidowe nowotworu wykazalo posplatane ze sobą poszczególne warstwy tkanki łącznéj. Ciałka tkanki łącznéj były stosunkowo nader liczne i wielkie. Gładkich mięśni dopatrzeć się nie mogłem. Jeżeli zważymy, że podług zapatrywań Virchowa[14]) tego rodzaju nowotwory szyjki macicznéj, które jedynie z tkanki łącznéj się składają, nader wolno rosną, to w naszym przypadku widzimy przeciwnie nader szybki rozrost narośli, bo przeciąg roku jednego do utworzenia narośli téj wielkości uważać musimy za nader krótki. Łatwe wyłuszczenie narośli polegało prawdopodobnie także na owéj tkankowéj budowie nowotworu. Badanie drobnowidowe mogłoby być poniekąd dowodem, że w rzeczy saméj nowotwór musiał wziąć swój początek z szyjki macicznéj, bo wiadomą jest rzeczą, że właśnie szyjka maciczna w porównaniu do ciala macicy jest nader ubogą w mięśnie gładkie.

Czy stwierdzona przed 2 laty u choréj *endometritis glandularis* pozostaje w jakim bezpośrednim związku z włókniakiem szyjki macicznéj, który wyłuszczyłem, nie chcę przesądzać, etyjologicznie jest w każdym razie rzeczą ciekawą, że po dłuższém trwaniu *endom. gland.* w przeciągu jednego roku utworzyło się tak wielkie *fibroma interparietale cervicis uteri.*

---

[3]) *Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig* 1886 p. 455. [4]) *Scanzonis Beiträge.* Bd. IV. — [5]) *Obstetrical Transactions* IX. — [6]) *Zur Casuistik der Uterusfibroide. Jena* 1875. — [7]) *Obstetrical Transactions* III Vol. [8]) l. c. Bd. V. — [9]) *Obstetrical Transactions* VI Vol. — [10]) *Klinik der Geburtshülfe* 1855. — [11]) *Archiv f. Gynaekologie* Bd. V. — [12]) *Klin. Beiträge von Betschler* III. — [13]) *Prager Zeitschrift für Heilkunde* V. [14]) *cf. Winckel* l. c. pag. 456 i *Virchow. Die krankhaften Geschwülste. Berlin* 1864—1867.

Boleści, na które chora po operacyi przez kilka dni i nocy się uskarżała, w ten objaśniam sobie sposób, że przy trakcyjach narośli, choć je nader ostrożnie robiłem, musiałem znacznie otrzewnę podrażnić. Boleści podbrzusza były po prostu odczynem podrażnienia otrzewny. Przy téj sposobności pozwalam sobie zauważyć, że przy trakcyjach tego rodzaju nowotworów, wychodzących z szyjki macicznéj, trzeba być nader ostrożnym, gdyż w przeciwnym razie następstwa silnych trakcyj mogą być nader smutne. I tak znane są w literaturze dwa przypadki, w których w skutek znacznych i gwałtownych trakcyj nowotworu nastąpiło pęknięcie szyjki macicznéj i tylnego sklepienia, a nadto i rozdarcie jamy Douglasa. Przypadek Spiegelberga [1]) zakończył się śmiercią, przypadek Franka [2]) przeszedł szczęśliwie.

IV. Kilka uwag w kwestyi zaraźliwości wścieklizny.

Podał prof. Dr. Seifmann we Lwowie.

W artykułach ogłoszonych przezemnie [1]) w pewien czas po pojawieniu się spostrzeżeń Pasteura, dotyczących szczepienia wścieklizny bezpośrednio w mózg, wykazałem, że niektóre wyjątkowe zjawiska właściwe téj groźnéj chorobie, a mianowicie niestateczność czasu trwania inkubacyi po zakażeniu, dają się zadowalająco wytłumaczyć, jeżeli przyjmiemy jako pewniki: *a)* że glebę rozwoju i rozplenienia przyrzutu wścieklizny, którym może być tylko jakiś mikroorganizm, prawdopodobnie z grupy rozszczepiaków (*schyzomycetes)*, stanowi li tylko istota nerwowa, *b)* że wybuch choroby następuje dopiero wtedy, gdy mikroorganizmy te dotrą do ośrodków układu nerwowego, w których właśnie dosięgają stopnia rozwoju i rozplenienia, nadającego im własności patogeniczne, nareszcie, *c)* że dosięganie mikrobów wścieklizny do rzeczonych ośrodków, o ile się nie odbywa drogą ogólnego krążenia, przychodzi do skutku za pośrednictwem nerwu, z którym mikroby (przy pokąsaniu lub zaszczepieniu) w bezpośrednie weszły zetknięcie i w którym one rozpleniać się muszą, ażeby mogły się dostać do mózgu lub do rdzenia kręgowego.

Tylko bowiem przyjmując te pewniki wytłumaczyć można zadowalająco: 1) dla czego po zaszczepieniu jadu wścieklizny wprost w mózg, (w części zaś także po wstrzyknięciu go do naczynia krwionośnego), skutek bywa prawie zawsze nieochybny i w ciągu czasu mniéj lub więcéj oznaczyć się dającego, jak to stwierdziły liczne doświadczenia Pasteura i niektórych innych badaczów; niemniéj 2) dla czego po pokąsaniu przez psa niezawodnie wściekłego, a nawet po zaszczepieniu zwykłym sposobem jadu wziętego z takiego psa, wiele osób pokąsanych lub szczepionych nie ulega wcale chorobie; u tych zaś, u których wścieklizna się rozwija, wybucha ona, raz już w kilka lub kilkanaście dni, innym razem zaś dopiero po upływie wielu miesięcy, roku, a nawet jeszcze późniéj. Rozmaitość wyników w tym drugim przypadku oczywiście zależy od téj okoliczności, czy mikroby chorobotwórcze po pokąsaniu lub zwykłéj metodzie szczepienia dostały się przypadkowo lub nie do obiegu krwi, lub téż weszły w zetknięcie z jakimbądź nerwem, w razie zaś zetknięcia z gałęzią nerwową zależy rychłe lub późniejsze wystąpienie ogólnych objawów wścieklizny od tego, czy miejsce zakażenia znajduje się bliżéj lub daléj od ośrodków i czy zakażona gałąź nerwowa posiada większą lub mniejszą masę właściwéj istoty, w któréj téż stosownie do tego ustroje chorobotwórcze szybciéj lub wolniéj się rozwijają.

Doświadczenia, zalecone przezemnie w podanych artykułach nad szczepieniem jadu wścieklizny bezpośrednio w nerwy obwodowe, są dotychczas zbyt nieliczne, aby na nich można było oprzeć stanowcze zdanie w kwestyi, o któréj mowa. Przemawiają tylko za przypuszczeniem, że jad wścieklizny postępuje do ośrodków drogą nerwów obwodowych, znane od dawna spostrzeżenia, że wścieklizna zwykła rychléj się rozwijać u osób pokąsanych gdziebądź na głowie, a więc bliżéj ośrodków układu nerwowego, i że z wybuchem choroby spostrzega się zazwyczaj szczególną wrażliwość w miejscu pokąsania, oraz w kierunku nerwu przebiegającego od tego miejsca ku ośrodkom układu nerwowego. Nadto zdaje się, że przypuszczenie powyższe stwierdzają doświadczenia wykonywane przed kilku laty w szkole weterynaryjnéj lwowskiéj przez Dra Szpilmana [1]). Z tém wszystkiém, ponieważ kwestyja nie została dotąd ostatecznie rozstrzygniętą, sądzę że użytecznem będzie przytoczenie tu doświadczeń dokonanych niedawno, lubo w innym celu, przez weterynarza Mergela [2]), które w każdym razie stwierdzają, że jad wścieklizny, a przynajmniéj składniki jego, w skuteczności swojéj najwytrzymalsze, mieszczą się głównie w ośrodkach układu nerwowego. Zresztą doświadczenia te zasługują na szczególną uwagę z tego już względu, że dozwalają dokładniéj poznać odporność zarazka wścieklizny, a tém samém ostrzegają o potrzebie większéj ostrożności przy uskutecznianiu sekcyj zwierząt padłych z téj choroby i przy zastósowaniu środków policyjno weterynaryjnych względem zwłok takich zwierząt.

Jak wiadomo istnieje ogólne przekonanie, że jad wścieklizny rychło bardzo po śmierci zwierzęcia chorobą tą dotkniętego traci własność zakażającą i z tego powodu uważa się powszechnie przedsięwzięcie sekcyi zwłok takiego zwierzęcia w dobę po śmierci tegoż za wolne od wszelkiego niebezpieczeństwa. Przekonanie to nie jest oparte jedynie na braku spostrzeżeń, któreby za przeciwnym stanem rzeczy przemawiały, ale także na wynikach doświadczeń nieudałego zakażenia, przedsiębranych przez badaczy nader poważnych za pomocą śliny, krwi, oraz odcinków nerwów, użytych jako materyjał szczepienny, a wzięty ze zwierząt wściekłych po ich ostygnięciu pośmiertném.

Już szczepienie zapobiegawcze wścieklizny według metody Pasteura, który jako szczepianki używa rdzenia kręgowego ze zwierzęcia wściekłego, w ciągu kilkunastu dni po jego śmierci, zdolne jest obalić powyższe twierdzenie, o ile ono jest wyrzeczone bez wszelkiego zastrzeżenia. Ponieważ jednak materyjał użyty do pasteurowskiego szczepienia troskliwie jest chroniony od gnicia, przy istnieniu zaś sprawy gnicia możnaby przypuścić, że mikroby gnilne są w stanie zniweczyć mikroorganizmy wścieklizny, przeto nie dostawało zawsze jeszcze podstaw do osądzenia, jak pod względem zaraźliwości zachowuje się mózg lub rdzeń kręgowy zwie-

[1]) l. c. — [2]) *Ueber die Operation complicirter Fibromyome des Uterus. Diss. Strassburg* 1880.

[1]) *a)* Przyczynek do wyjaśnienia kwestyi wylęgania się wścieklizny (*Medycyna*, 1884, Nr. 15, str. 257). *b) Ein Beitrag zur Lösung der Incubationsfrage der Wuthkrankheit.* (*Revue der Thierheilkunde* wychodząca przy Kocha *Oesterreichische Monatsschrift für Thierheilkunde,* 1884, NNr. 9 i 10).

[1]) O wylęganiu się wścieklizny (Przegląd Weterynarski, 1886, Nr. 3—6). — [2]) K waprosu o stajkosti kontagia pri bieszenstwie (Archiw weterynarnych nauk, knižka wtoraja 1887 otdieł V, str. 90).

rzęcia ze wścieklizny padłego, a znajdującego się w wyraźnym stanie gnicia. Kwestyję tę właśnie wyjaśniają wspomniane wyżéj przez Mergiela przedsięwzięte doświadczenia, z których odnośne szczegóły tu przytaczamy.

Dnia 17go marca 1886 w jednéj ze wsi powiatu poreckiego (w gubernii smoleńskiéj) rzucił się na włościanina wilk, który na miejscu zabity został. Jakkolwiek badanie nie wykazało u napadniętego człowieka żadnego zranienia, to jednak w przypuszczeniu, że wilk mógł być wściekłym, przedsięwzięto z polecenia gubernatora smoleńskiego przez weterynarza gubernijalnego Mergela, w obecności inspektora lekarskiego gubernii smoleńskiéj Dra Daszkiewicza, szczepienie doświadczalne królika istotą mózgową rzeczonego wilka. Szczepienie to, z powodów od eksperymentatora nie zależnych, wykonano dopiero 3 kwietnia, a więc po upływie przeszło 2ch tygodni od daty zabicia wilka, który już był zagrzebany i którego, celem wyjęcia mózgu, z ziemi wykopać należało. Przy panujących wówczas upałach dochodzących do + 20°R. przesłany z powiatu poreckiego do Smoleńska mózg, otrzymano w stanie znacznie posuniętego rozkładu, wydający woń cuchnącą. Cząstkę tak rozłożonéj istoty mózgowéj rozrobiono z pewną ilością wody przekroplonéj i z otrzymanéj tym sposobem cieczy wstrzyknięto tegoż dnia (3go kwietnia) królikowi pół strzykawki Pravaza pod skórę ściany brzusznéj.

Jakkolwiek Mergiel przypuszczał możność wystąpienia w tym przypadku zakażenia gnilnego, z tém wszystkiém królik, przyszedłszy rychło do siebie po zaszczepieniu, nie okazywał w ciągu 3ch tygodni żadnych przypadów chorobowych. Uważając zwierzę za zupełnie zdrowe, skłonny już był eksperymentator uznać szczepienie swoje za nieudałe, gdy 26 kwietnia, a zatém 23go dnia po zaszczepieniu, wystąpiły nagle u rzeczonego królika „przypady bezwładu odnóg tylnych, zwierzę zupełnie przestało przyjmować pokarm, kryło się po miejscach przyćmionych, a przy postępie porażenia, z rozciągnięciem się na całe ciało, leżał królik całkiem bezwładnie i dnia następnego 27 kwietnia życie zakończył.“

Wszystkie objawy, jak się wyraża eksperymentator, wskazywały wściekliznę. Pomimo tego wszakże, celem ostatecznego wyjaśnienia, wykonał on tegoż dnia, w obecności kilku lekarzy, ponowne szczepienie mózgu padłego królika 4m świnkom morskim i królikowi. Wszystkie zwierzęta szczepione padły w ciągu dni 14—20, wśród „charakterystycznych objawów wścieklizny porażennéj“.

Na zasadzie opisanych tu wyników wyrażając zdanie swoje co do odporności zarazka wścieklizny, zwraca Mergiel uwagę na ważność należytego jéj ocenienia śród przedsięwzięcia sekcyi zwłok zwierząt padłych ze wścieklizny, jak również przy stosowaniu środków policyjno-weterynaryjnych.

Jeżeli rozważymy krytycznie doświadczenia opisane i ich wyniki, nasuwa nam się przedewszystkiém pytanie, czy określony u jednego tylko pierwszego królika zbiór spostrzeżonych objawów daje dostateczną podstawę do wyrzeczenia, że wywołana szczepieniem choroba była rzeczywiście wścieklizną, a nie posocznicą. Przyznać musimy, że orzeczenie to, gdyby je wypadało opierać jedynie na symptomatologii, w nader skąpym rozmiarze przez Mergiela podanéj, co najmniéj stanowczém byćby nie mogło, zwłaszcza, że pominięto zupełnie wzmiankę, czy przedsięwzięto sekcyję szczepionych zwierząt, a mianowicie badania mikroskopowe, któreby wykazały obecność lub brak charakterystycznych laseczników, w zakażeniu gnilném zawsze w wielkiéj obfitości napotykanych. Wymienione u jednego tylko ze szczepionych królików objawy chorobowe, lubo należą niewątpliwie do obrazu wścieklizny porażennéj, nie mogą jednak w danym przypadku służyć same do stanowczego rozpoznania, a to z tego powodu, że oznaki ogólnego przygnębienia, a nawet przypady porażenia, oraz rychłe zejście śmiertelne, spostrzega się również w posocznicy; a to przecie w obecnym przypadku, przy rozpoznaniu, koniecznie uwzględnić wypadało. Musimy téż zwrócić uwagę, że odpowiedniéj aniżeli swinki morskie i króliki, byłyby się nadały do doświadczeń w mowie będących psy i to nietylko dla tego, że one jako mięsożerne okazują mniejszą skłonność do zakażenia gnilnego, ale także z powodu, że u psów po zarażeniu jadem wścieklizny występuje najczęściéj wścieklizna gwałtowna, a więc postać, która dla stanowczego rozpoznania przedstawia obraz daleko charakterystyczniejszy aniżeli wścieklizna spokojna, królikom i świnkom morskim właściwa. Pomimo jednak tych zastrzeżeń nie wątpimy bynajmniéj, że choroba, wywołana szczepieniem dokonaném przez Mergiela, nie była wynikiem zakażenia gnilnego, opieramy zaś to na fakcie, że we wszystkich wspomnionych przezeń przypadkach jawne przypady chorobowe wystąpiły dopiero po upływie dni 14—23, wówczas, gdy w doświadczalném zakażeniu królików (świnek morskich) szczepianką gnilną okres wylęgania bywa zawsze nader krótki, tak że śmierć zwierzęcia następuje najczęściéj w ciągu 2—3 dni po zaszczepieniu. Zgadzamy się téż chętnie z zapatrywaniem Mergiela, że jad wścieklizny, pomimo rozkładu zakażonego nim trupa, nie zupełnie traci siłę zarażającą, że więc przy sekcyi takich trupów, pod względem stosowania środków policyjno-weterynaryjnych, największą ścisłość przestrzegać należy. Uważamy tylko za odpowiednie zwrócić tu uwagę, że uwzględniając i wspomnione wyżéj wyniki doświadczeń dawniejszych badaczy przypuścić musimy, że wykazaną w doświadczeniach Mergiela odporność spotęgowaną posiada tylko zarazek zawarty w ośrodkach układu nerwowego, że więc ośrodki te, jak są najżyżniejszą glebą dla rozplenienia się, tak się téż okazują najprzyjaźniejszém schroniskiem dla mikrobów chorobotwórczych wścieklizny tyle groźnéj dla ludzi i zwierząt.

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Rosenbach: **O kaszlu nerwowym i leczeniu jego.**

Czy istnieje kaszel nerwowy, t. j. ten rodzaj kaszlu, w którym nawet najdokładniejsze badanie nosa, krtani, przełyku i płuc nie wykazuje żadnéj zmiany anatomicznéj ani wydzielniczéj, stanowi pytanie, na które R. stara się odpowiedzieć, opierając się na licznych przypadkach w tym kierunku badanych. Rozumie się samo przez się, że do tego rodzaju kaszlu nie zalicza się tych przypadków, w których kaszel zostaje wywołany przez zmiany jakieś w ustroju, odległe od miejsca jego powstawania (tętniak aorty uciskający nerw błędny, uwiąd rdzenia i t. p.). Zarówno kobiety jakotéż mężczyźni bywają kaszlem nerwowym dotknięci, znacznie częściéj jednak pierwsze. Chorzy tacy nie wykrztuszają żadnéj wydzieliny, albo tylko w bardzo nieznacznéj ilości, a wtedy pochodzi ona od błony śluzowéj krtani lub przełyku, nigdy zaś z płuc lub oskrzeli. Wydzielina nie jest wtedy objawem choroby lecz raczéj jéj następstwem; napady kaszlu nerwowego są

różnie częste, w nocy nigdy nie występują; w dzień potęgują się co do ilości i natężenia, jeśli albo otoczenie, albo chorzy zanadto na nie zwracają uwagi, jeśli chorych lekarz bada, albo gdy wchodzą do pokoju; podczas zabawy lub jedzenia chorzy o kaszlu zupełnie zapominają, nie dostają nigdy podczas kaszlu nawet gwałtownego ani sinicy, ani duszności: tętno zachowuje się przed i po nim i podczas niego jednakowo; w krtani nie można ani przed ani po kaszlu nic nieprawidłowego wykazać. Jeżeli chory nie zostaje ze swego cierpienia dosyć szybko wyleczony, przychodzi do nieżytowego zapalenia krtani w skutek ustawicznego drażnienia i do niedodmy częściowéj górnych i tylnych części płuc albo zapadu niektórych okolic płuc w skutek ciągle się powtarzającego forsownego wydechu. Przyczyną kaszlu nerwowego bywa zwykle przebyty dawniéj nieżyt przełyku krtani lub tchawicy. Leczenie jego nie jest trudne, niekiedy jednak uciążliwe, wymaga dużo cierpliwości zarówno ze strony lekarza jak i chorego. Podawanie wewnętrzne środków kojących (morfin, beladona, hyoscyamin, przetwory bromowe lub inne) albo ściągających, miejscowo niewiele pomaga. Ulga po nich jest tylko chwilowa. Młode osoby i dzieci leczy się za to z bardzo dobrym skutkiem w ten sposób, że się im grozi ciężką i bolesną operacyją w krtani, przy któréj będzie trzeba palić i krajać; zagrożenie małym dzieciom, że się od rodziców oddzieli i da do zakładów zamkniętych, uwalnia je jakby cudem od kaszlu; trudniéj postępuje leczenie u osób starszych, u których przyzwyczajenie do kaszlu stało się wadą prawdziwą, brak woli stoi na przeszkodzie wszelkiemu leczeniu, ale i tu jeszcze psychoterapija niekiedy wiele pomódz może, chorzy bardzo się przestraszają, jeżeli się im powie, że mogą z czasem dostać suchot płucnych lub krwotoków; każe się im gimnastykować, ćwiczyć się w panowaniu nad kaszlem i robieniu głębokich wdechów. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1887, Nr. 43 i 44). *H. K.*

Prof. F. Riegel: **Przyczynki do rozpoznawania chorób żołądka.**

R. usiłował stwierdzić zmiany, jakim uległo trawienie w przypadkach zaburzeń tegoż, mianowicie, czy ono było prawidłowe co do czasu trwania, co do jakości soku żołądkowego, co do ilości kwasu solnego, w tym soku zawartego, co do jego siły trawienia itd. W tym celu zbadał R. 134 przypadków, w których wykonał 1709 rozbiorów w celu oznaczenia jakości soku i jednę próbę sztucznego trawienia. Jego przypadki obejmują: 1) Raki żołądka. W 13 klinicznych przypadkach wykonał 274 rozbiorów i nigdy nie można było wykazać wolnego kwasu solnego, ani, aby przesącz trawił białko. U 3 innych z początku było słabe oddziaływanie na kwas solny i zmniejszona siła trawienia — rozchodziło się tu bowiem o początkowe zmiany rakowe. 2) Rozszerzenie żołądka z trwałym brakiem wolnego kw. solnego i siły peptycznéj, dotyczące 2 kobiet. 3) Rak przełyku; badanie charakterystycznych objawów nie wykazało. 4) Wrzód żołądka. W 42 przypadkach wykonał 282 rozbiorów, a wydobyta miazga pokarmowa wykazywała zawsze silne oddziaływanie na HCl i szybkie trawienie białka, a więc trwałą nadmierną kwasotę przy wrzodzie żołądkowym, przyczem pierwsza zwykle poprzedza powstanie ostatniego, ztąd też bywa utrudnione wyleczenie. Nadmierną kwasotą nazywa R. powiększone wydzielanie HCl podczas trawienia, nadmiernem wydzielaniem zaś trwałe wydzielanie soku żołądkowego i w czczym żołądku. W przebiegu wrzodu świeżego znajduje się tylko nadmierna kwasota, przy dłuższém zaś trwaniu przyłącza się nadmierne wydzielanie, ztąd zatrzymanie resztek pokarmów, wywołujące rozstrzeń żołądka. 5) *Hypersecretio et hyperaciditas chronica.* W 18 przypadkach znalazła się zawsze spora ilość dzielnego soku żołądkowego nawet w czczym żołądku, lecz mniéj niż na szczycie trawienia. W wszystkich tych przypadkach żołądek był rozszerzony, a w niektórych także istniał wrzód żołądka. Palenie (zgagę) i bóle trzeba odnosić do obecności kwaśnéj treści w żołądku. 6) Przewlekła nadmierna kwasota. W 9 przypadkach na szczycie trawienia ilość HCl była wzmożona. 7) Przyostra i przewlekła niestrawność. W 21 przypadkach z 105 rozbiorami zawsze można było stwierdzić wolny HCl i siłę peptyczną żołądka. 8) Niestrawność nerwowa. Z 9 przypadków znaleziono w 8 prawidłowe trawienie, raz tylko kwasotę nieco wyższą. 9) Niestrawność w kamicy żółciowéj. Trawienie zawsze prawidłowe. 10) Niestrawność z odpływaniem żółci ku żołądkowi. W 1 przypadku w przesączu nie wykazał wolnego HCl ani siły trawienia. 11) W przypadku wymiotów u ciężarnéj był sok żołądkowy prawidłowy. 12) Suchoty z niestrawnością wysokiego stopnia. W 1 przypadku wykazał brak wolnego HCl, zato dużo kwasów organicznych bez siły trawienia, co pochodziło prawdopodobnie od zwyrodnienia skrobiowatego bł. śluzowéj żołądka. (*Ztschr. f. kl. Med.*, tom XII). *Dr. R. Spira.*

A. Günzburg (Frankfurt n. M.): **Nowy sposób wykazania wolnego kwasu solnego w treści żołądka.**

Do dzisiejszego dnia nie ma pewnéj i łatwo wykonalnéj próby na wolny HCl. Autor zaleca jako prostą i pewną próbę z fluoroglucyn-waniliną. Kilka kropli przesączu z równie tylu kroplami roczynu fluoroglucyn-waniliny odparowuje się razem ostrożnie na parowniczce, przyczém trzeba uważać na powstawanie czerwonéj powłoczki. Takim sposobem można bez wyjątku otrzymać czerwone kryształki jeszcze przy $^1/_{10}\ ^0/_{00}$ wolnego HCl; czułość co najmniéj równa czułości oddziaływania barwików anilinowych. Przy $^1/_{20}\ ^0/_{00}$ otrzymuje się jeszcze tylko cienkie smugi, niżéj $^1/_{20}\ ^0/_{00}$ nie występuje oddziaływanie. Następowego występowania brunatno-czerwonych produktów spalenia nie trzeba brać za oddziaływanie. Charakterystyczne kształty są pąsowo zabarwione, podobnie jak papier Congo. Rozcieńczone kwasy organiczne nie dają żadnego oddziaływania. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1887, Nr. 40). *Dr. R. Spira.*

Chirurgija.

Leyden i Renvers: **O leczeniu rakowatych zwężeń przełyku.**

Leyden i Renvers przedstawili na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego dwóch chorych, cierpiących na zwężenia rakowate przełyku, a leczonych za pomocą ulepszonéj przez nich metody Symondsa, mianowicie przez wprowadzanie twardych rurek na czas dłuższy do przełyku. Wprowadzają oni dwojakie rurki i to zależnie od tego, gdzie jest zwężenie i jaką zajmuje przestrzeń. Jeźli zwężenie wynosi najwyżéj 3 cm. długości i leży w dolnéj lub środkowéj części przełyku, używają rurek 2—3 cm. długich z twardéj gumy. Rurkę taką można każdéj chwili z przełyku wyciągnąć za pomocą jedwabnych nitek; jeżeli zaś zwężenie jest dłuższe niz 3 cm. i leży w górnéj trzeciéj części przełyku, używają rurek elastycznych. Chcąc wprowadzić rurkę trzeba najpierw chorego do tego przygotować, mianowicie nie daje się choremu przez kilka dni nic przez usta spożywać, żywiąc go przez odbytnicę, a przełyk przepłukuje się płynami przeciwgnilnemi w celu usunięcia zgorzeli w miejscach zwężonych zwykle się znaj-

dującej. Dopiero po tém przygotowaniu wprowadza się rurkę za pomocą fiszbinowego prętu, który ma przy końcu dwa guziki z kości słoniowéj, zatykające z obu stron rurkę. Do rurki przymocowuje się dwie nitki jedwabne, za pomocą których można ją wyjąć, nitki te następnie zakłada się koło uszu lub przeciąga przez nos. Rurka z twardéj gumy może i 6 miesięcy w przełyku pozostać, jednak od czasu do czasu trzeba ją wyjąć w celu przekonania się, czy nie jest już zbyt kruchą. Chory, mający taką rurkę założoną, może płynne pokarmy zupełnie dobrze spożywać, a skutek tego jest bardzo wybitny, gdyż z chorych przez Leydena i Renversa przedstawionych kobieta w ten sposób leczona ważyła po 7 miesiącach o 16, mężczyzna zaś po 7 tygodniach o 24 funtów więcéj niż przedtem.

W cierpieniach rakowatych można tedy w ten sposób życie choremu przedłużyć, przy zwężeniach zaś z innego powodu powstałych możnaby przez długie noszenie tych rurek nawet do zupełnego wyleczenia doprowadzić (*Deut. Med. Wochenschr.* 1887. 50). *Dr. Rościszewski.*

Choroby uszne.

Legal: **O częstéj przyczynie bolu skroni i tyłogłowia** (*Cephalalgia pharyngo-tympanica*)

W pewnym rodzaju bolów, napadowo w zakresie nn. skroni i potylicy występujących, znalazł L. jako przyczynę nieżyt ucha środkowego i gardła. Po największéj części nie ma cechujących objawów z strony ucha (przytępienie słuchu, szum i zawrót głowy); mimo to bole te stoją według L. w związku z wymienionemi cierpieniami. Przez pędzlowanie gardła 1—2% rozczynem jodgliceryny, przez wdmuchiwanie powietrza za pomocą balonu Pollitzera lub zapomocą kateteru trąbkowego osiągnięto wyleczenie. L. upomina tedy, aby badano dokładnie gardło i błonę bębenkową a w każdym razie wdmuchiwać powietrze u chorych z bólem głowy w zakresie rozgałęzienia nn. skroni i potylicy, gdzie te ostatnie dotkliwe są na ucisk w właściwych im miejscach (*points douloureux*). Szczególną uwagę trzeba zwrócić na to, że L. uważał przy swojém leczeniu polepszenie a względnie wyleczenie, nie używając żadnych innych leków n. p. przeciwnerwobólowych. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* tom XL. 2). *Dr. R. Spira.*

Choroby dzieci.

Prof. Kohts (Strassburg): **Przypadek bardzo ostrego zapalenia szpiku kostnego.**

Przypadki t. z. *osteomyelitis acutissima* są w ogóle rzadkie, etyjologija ich nieznana a obraz kliniczny niekiedy taki, że za życia trudno je rozpoznać. Stwierdza je dopiero sekcyja. Tak samo miała się rzecz z przypadkiem Kohtsa; objawy chorobowe spostrzegane za życia u dziecka 3½ lat liczącego nie dały się podciągnąć pod żaden obraz chorobowy kliniczny, dostało ono nagle wysokiéj gorączki (40°—41·3°) skarżyło się na bóle ogólne, nieograniczone i umarło na drugi dzień choroby wśród wybitnéj śpiączki poprzedzonéj drgawkami. Sekcyja wykazała zatory tłuszczowe w płucach, mikrokoki w tętniczkach drobnych i drobnych oskrzelach, ropne zapalenie okołooskrzelowe, zapalenie mięśni podudzia (*myositis micrococcica*) i rozpoczynające się zapalenie szpiku kostnego podudzia. Zapalenie ropne okołooskrzelowe musiało, zdaniem K., być furtką dla pasorzytów wywołujących chorobę miejscową w kości, koki znalezione w oskrzelach były takie same jak w innych narządach. Na podstawie tego przypadku przypuszcza K., że pierwotne ostre zapalenie szpiku kostnego może w ciągu 1½ lub 2 dni tak samo jak każda inna ciężka choroba zakaźna śmierć sprowadzić i że ból w kości jakiejś, choćby bez zmian zewnętrznie wykazać się dających, połączony z wysoką gorączką każe się domyślać pierwotnego zakaźnego zapalenia szpiku kostnego, jeśli żadnych innych zmian w ustroju nie wykazano. (*Deut. med. Wochenschrift* 1887, Nr. 44). *H. K.*

Choroby weneryczne.

Doc. Finger (Wiedeń): **O leczeniu rzeżączki ostréj i przewlekłéj.**

W wykładzie pod powyższym tytułem mianym na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbadenie, zajmuje się F. stosunkami anatomicznemi cewki moczowéj, w końcu dopiero przechodzi do leczenia rzeżączki. Co do leczenia ostrego zapalenia rzeżączkowego niewiele podaje nowego, w przebiegu rzeżączki przewlekłéj radzi przed przystąpieniem do przepisania leku badać chorego i mocz jego dokładnie wszelkiemi znanemi sposobami: cewnikiem guziczkowym, przewodnikiem, endoskopem, ażeby poznać prawdziwą siedzibę choroby i na miejscu módz przeciw niéj działać. Do działania na powierzchnię cewki nadają się środki ściągające, do działania na głębsze warstwy ucisk. Zamiast dotychczas powszechnie stósowanego azotanu srebrowego poleca rozczyn siarkanu miedziowego 0·5 do 5%, który stósuje miejscowo w rozczynie wodnym za pomocą narzędzia Guyona lub Ultzmana, albo w gelatynie lub w postaci czopków z masłem kakaowém lub innemi maściami za pomocą *porte-remède* Dittla. Do czopków zaleca bardzo lanolin, który bardzo mało drażni schorzałą cewkę i bardzo dobrze trzyma się jéj ścian. Mocz przez cewkę przepływający nie zmywa go wcale. Stanowczo jednak występuje przeciw zgłębnikom maściowym Unny, które nie tylko że schorzałéj części cewki moczowéj nie leczą, zawierając silne stósunkowo ściągające składniki, ale nadto drażnią i zdrowe części cewki. (*Wien. med. Wochenschrift* 1887, Nr. 46 i 47). *H. K.*

Schuchter (Innsbruk): **O zachowaniu się śledziony i nerek w przebiegu kiły wczesnéj.**

Nierzadko spotkać się można ze zmianami w śledzionie i nerkach już we wczesnych okresach kiły, jak to wykazali Weil (*Über das Vorkommen von Milztumor bei frischer Syphilis. Archiv. f. klin. Med.* Tom XIII), Wewer i inni. S. badał śledzionę raz lub dwa razy na tydzień u 22 chorych dotkniętych kiłą wczesną, przyjąwszy jako średnią jéj wielkość 5 do 5½ ctm. szerokości w linii pachowéj. Z nich 9 miało wrzód twardy pierwotny, u 5 była wysypka na skórze plamista lub guzkowa, u dwóch nie można było wykazać miejsca zakażenia pierwotnego. Z tych 22 przypadków można było u 6 wykazać powiększenie śledziony, którego do żadnéj innéj przyczyny odnieść nie było można, tylko do kiły. W jednym przypadku, w którym był wrzód twardy pierwotny, mógł S. spostrzedz powolne powiększanie się takowéj, u innych dwóch chorych także z wrzodem twardym w dniu przyjścia do kliniki obrzęk już był wykazalny. Pod wpływem leczenia przeciwkiłowego obrzęk się zmniejszył. Tak samo ustąpiły obrzęki śledziony w innych trzech przypadkach, w których był wczesny okres kiły wtórorzędnéj. W jednym z nich zarażony nie przechodził ani duru ani zimnicy, w pierwszym dniu badania szerokość stłumienia śledziony wynosiła 6 ctm., z każdym tygodniem obrzęk się zmniejszał pod wpływem wstrzykiwań podskórnych oleju szarego (szara maść w oliwie). Co do nerek, to badał S. mocz tylko u 17, u 6 z nich był świeży wrzód twardy, u 5 wysypka plamista, u 6 innych były kłykciny sączące. Mocz każdego chorego z 24 godzin badano raz na tydzień pod względem białka, cukru, ciężaru gatunko-

wego i ilości. Dwa razy było w nim białko w dość znacznéj ilości, w jednym była na początku leczenia spora ilość białka, w trzecim jednak i czwartym tygodniu pobytu choréj w klinice znikło z moczu zupełnie, osad, przedtém znaczny, także się zmniejszył. Cukru albo wałeczków S. ani razu w moczu swoich chorych wykazać nie mógł. (*Wiener med. Blätter* 1887, Nr. 41 i 42). *H. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

XIV Zwyczajne posiedzenie naukowe z d. 3 grudnia 1887.

Obecnych członków 18.

W zastępstwie przewodniczącego kol. Merczyński zagaja posiedzenie odczytaniem protokółu z I posiedzenia Tow. lek. w roku 1867 jako w 20 letnią rocznicę i wzywa obecnych do uczczenia pierwszych członków przez powstanie.

Kol. Schramm przedstawia: 1) Chorego po amputacyi uda wygojonéj *per primam* bez drenów. 2) Chorego ze zwichnięciem patologiczném, zaniedbaném po jednéj stronie w stawie biodrowym, po drugiéj w kolanowym. 3) Macicę z powodu raka wyciętą poza ujście wewnętrzne, celem uniknięcia recydywy, dodając, iż dokonał już sześć podobnych operacyj u chorych z pomyślnym skutkiem z wyjątkiem jednéj, która umarła z inkarceracyi wewnętrznéj.

Kol. Ziembicki przedstawia: 1) kobietę po owaryjotomii, o któréj wspominał na poprzedniém posiedzeniu. 2) Chorą z *elephantiasis pedis*.

Z kolei nastąpił wybór Komisyi mającéj się zająć wyborem Wydziału na rok przyszły. Jednogłośnie wybrano koll. Drów Biesiadeckiego, Czyżewicza, Szpilmana, Tatarczucha i Ziembickiego.

W sprawie przedłożenia memoryjału do Wydziału gospodarczego V Zjazdu lek. i przyrod. co do odroczenia terminu Zjazdu z maja na czas późniejszy wybrano koll. Kadyja, Riegera i Piska, którzy mają odpowiednie pismo przygotować na następne posiedzenie.

Dyskusyję nad wnioskiem kol. Piska, aby wybrać Komisyją celem przygotowania materyjału do wykładów i referatów na Zjeździe przyszłym, odroczono do następnego posiedzenia.

Kol. Mahl okazuje przyrząd Krausego i Heringa do niszczenia guzów i nacieków w krtani. Po wstrzyknięciu kokainy do błony śluzowéj w krtani wyskrobuje się grube części wystające, poczém dopiero wstrzykuje się doń kwas mlekowy.

Kol. Rosenbusch miał rzecz o przetworach ze *strophantus hispidus*. Dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

W końcu kol. Szpilman okazał nasiona *stroph. hispid.* i strofantynę. *Dr. Wiczkowski.*

XV Zwyczajne posiedzenie naukowe z d. 3 grudnia 1887 r.

Przewodniczący prof. Kadyi. Obecnych członków 24.

Przyjęto do wiadomości pismo p. Dobrowolskiego fabrykanta opatrunków chirurgicznych w Krakowie wraz z opiniją Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak.

Przewodniczący wita jako gościa prof. Rydygiera z Krakowa i nowego członka sekcyi Dra Jana Rosnera.

Kol. Merczyński przedstawia dziecko z przeszczepioną miejscową gruźlicą i dziecko z licznemi owrzodzeniami na skórze, prawdopodobnie natury gruźliczéj.

Kol. Wehr przedstawia wydobyte *cystoma papillare*, oraz pacyjentkę, u któréj tę operacyję wykonał.

Prof. Rydygier okazuje przyrząd Nitzego do cystoskopii i wyłuszcza swą myśl wykonywania *sectio alta* przez laparotomiję. Zachęcony pomyślnym wynikiem takiéj operacyi na psach spróbował ją w jednym przypadku do wydobycia kamienia pęcherza. Korzyści swéj metody widzi nie tyle przy operacyi kamienia, ile przy operacyi wyłuszczenia nowotworów. Uzasadnia wyższość swéj metody nad dotychczasowym sposobem wykonywania *sectio alta* tém, że 1) na pewno można zaszyć pęcherz dwoma szwami, do szwu pierwszego używa katgutu, do szwu drugiego jedwabiu; 2) rana szybko się goi, przetoka się nie tworzy. Jamę otrzewnową od zanieczyszczenia produktami gnilnemi ochrania należytém izolowaniem za pomocą gazy jodoformowéj.

Kol. Pisek jako referent Komisyi wybranéj celem zastanowienia się nad terminem Zjazdu lek. i przyr., który ma być zaproponowany Komitetowi gospodarczemu Zjazdu, odczytuje referat uzasadniający ustanowienie terminu Zjazdu na wrzesień i to w drugiéj połowie. Wniosek ten komisyi upadł, natomiast zgodzono się na przedstawienie Komitetowi gospodarczemu jako odpowiedniego terminu drugiéj połowy lipca. Polecono przesłać odpowiednie pismo Komitetowi gospodarczemu.

Z kolei nastąpiła dyskusyja nad wnioskiem kol. Piska, aby Sekcyja lwowska dla powodzenia przyszłego Zjazdu lekarzy i przyrodników zastanowiła się nad wyborem tematów z dziedziny nauk lekarskich, mogących zainteresować szerszy ogół uczestników i nad wyborem referentów i koreferentów do tych tematów.

W myśl tego wniosku uchwalono: 1) Wystósować prośbę do Komitetu gospodarczego, aby na porządku dziennym obrad sekcyj lekarskich Zjazdu postawioną była dyskusyja nad kwestyjami bieżącemi, które bądź dla lekarzy mają większe znaczenie, bądź też ogólno naukową lub społeczną doniosłość. 2) Prosić Komitetu, aby się odniósł do polskich Towarzystw lekarskich z wezwaniem, aby również obmyśliły temata i wskazały osobistości, które na referentów i koreferentów dla tych kwestyj wypadnie uprosić, tudzież aby kwestyje, które na Zjeździe będą miały być dyskutowane, były wczas podane do wiadomości uczestników Zjazdu. 3) Aby zawiązać następujące kółka odpowiadające mniéj lub więcéj sekcyjom przyszłego Zjazdu, któreby obmyślały temata, nadające się do opracowania przez referentów i koreferentów i do dyskusyi w sekcyjach Zjazdu. Kółka te są: 1) Kółko anatomów i fizyjologów. 2) kołko patologów i bakteryjologów. 3) kółko chemików, 4) kółko higijenistów, 5) kółko internistów, 6) kółko chirurgów, 7) akuszerów i ginekologów, 8) kółko oftalmologów, 9) pedyjatrów, 10) kółko syfilidologów i dermatologów, 11) kółko laryngologów, 12) kółko lekarzy sądowych.

Wreszcie uchwalono na wniosek protomedyka Dra Biesiadeckiego udać się do prymaryjuszów szpitali z uprzejmém wezwaniem, żeby raczyli przyjąć czynny udział w pracach przygotowawczych naukowych dla Zjazdu, mając do rozporządzenia obfity materyjał. *Dr. Wiczkowski.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 21 grudnia 1887 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 36.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto a zarazem uchwalono na wniosek prof. Blumenstoka, aby sprawozdania z przedstawionych przez Komisyję przemysłową przedmiotów ogłaszać w Przeglądzie Lek. tylko w streszczeniu a to ze względu na następne sprawozdania Komisyi przemysłowéj, w których rzeczone sprawozdania obszerniéj bywają ogłaszane.

2. Uchwalono jednogłośnie mianować prof. Madurowicza honorowym członkiem Tow. lek., aby między innemi i w ten sposób uczcić dobę jego jubileuszu.

3. Przystąpiono do wyboru urzędników Tow. lek. na rok przyszły. Wybrani zostali: Prezesem (ponownie) kol. Pieniążek. Wiceprezesem kol. Mars. Podskarbim kol. Zarewicz. Biblijotekarzem kol. Murdzieński. Sekretarzem stałym pozostaje nadal kol. Kwaśnicki. Sekretarzem dorocznym kol. Schaitter. Redaktorem Przegl. Lek. redaktor dotychczasowy. Członkami Komisyi redakcyjnéj proff. Korczyński, Madurowicz, Obaliński i Oettinger. Delegatami Tow. lek. do Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galic., jak lat poprzednich Drowie Krówczyński i Rieger. Delegatem Tow. w Komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Łazarski.

4. Przewodniczący przedłożył pismo wystósowane do Tow. lek. krak. przez gminę miasta Wadowic, proszące o wskazówki w nabyciu aparatu desinfekcyjnego. Uproszono kol. Domańskiego, aby jako najbardziéj rzeczy téj świadom, udzielił życzonéj informacyi.

5. Kol. Rydygier mówił o przypadku kamienia w pęcherzu, operowanego nową metodą w tutejszéj klinice chirurgicznéj z dobrym skutkiem.

W dyskusyi wzięli udział: koll. Obaliński, Bossowski, Wilkosz i prelegent *Dr. Dobruchowski.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Zakład desinfekcyjny miejski w Krakowie.

Jak w ogólności wielkie odkrycia nie pozostają zwykle bez wielkich także następstw, tak i niewątpliwe stwierdzenie dawnego domysłu, że choroby zakaźne polegają na mikroskopijnych ustrojach pasorzytnie żyjących, nie mogło nie wywrzeć wpływu na terapiję a osobliwie na jéj najważniejszą gałąź, t. j. ochronę przed wybuchem wymienionych chorób. Desinfekcyja, któréj myśl główna tkwiła już od tysięcy lat w pojęciach ludzkości, zyskała nowe i to bardzo poważne, a przedewszystkiém praktyczne podstawy, bez których była dawniéj niczém innćm jak prostą zabawką, *ut aliquid fieri videatur.* Poznanie, jeżeli może nie najgłówniejszego, to przynajmniéj w każdym razie bardzo ważnego czynnika chorób zakaźnych, pociągnęło za sobą konieczną potrzebę niszczenia tych zarodków, którym z większą lub mniejszą dla różnych chorób pewnością przypisujemy powstanie i szerzenie się chorób infekcyjnych czyli, innemi słowy konieczną potrzebę prawdziwéj, rzeczywistéj desinfekcyi.

Ażeby jednak ta desinfekcyja wydała pożądane, praktyczne owoce, aby zmniejszyła rzeczywiście chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych, winna być przeprowadzoną praktycznie, t. j. łatwo, tanio, ile tylko można, i w odpowiednich do potrzeby rozmiarach.

Jakkolwiek nauka dzisiejsza i doświadczenie znają bardzo wiele środków i sposobów desinfekcyjnych, to jednakowoż w praktyce na większy rozmiar teraz można użyć tylko kwasu karbolowego, sublimatu i wysokich stopni ciepła, osobliwie w postaci pary gorącéj. Jeżeli się jednak zważy, iż zarodki chorób infekcyjnych trzymają się przeważnie przedmiotów bezpośrednio przez chorych używanych lub z niemi styczność mających, jak odzieży, bielizny i rozmaitych tkanin znajdujących się w mieszkaniach, w których chorzy przebywają a zatém materyj, do których bądź z powodu kosztów, bądź z powodu szkodliwego działania chemicznego nie możemy użyć ani kwasu karbolowego, ani sublimatu, nabędzie się przekonania, iż do desinfekcyi tych przedmiotów obecnie najstósowniejszym jest wysoki stopień ciepła.

Uczy daléj doświadczenie, że w suchém cieple zarodniki niektórych chorób zakaźnych i zarodniki roślinne znajdujące się w ziemi ogrodowéj giną dopiero w temperaturze, w któréj tkaniny roślinne i zwierzęce podlegają znacznemu uszkodzeniu i tracą swą wartość i użyteczność. Z tych powodów czysto praktycznych używa się dziś do desinfekcyi na wielki rozmiar przeważnie pary gorącéj, nieco nad 100°C. ogrzanéj, a dotychczasowe doświadczenia bakteryjologiczne dowiodły, iż naprzód grzybki bardzo wielu chorób zakaźnych giną już w parze gorącéj poniżéj 100° C., a potém, iż nie ma takiéj choroby zakaźnéj, któréj grzybki chorobotwórcze zdołałyby się oprzeć działaniu przez pewien czas pary gorącéj przynajmniéj do 100° C. ogrzanéj.

Temi względami powodowana komisyja sanitarna krakowska uznała w obec znacznie większego w Krakowie, niż w miastach zagranicznych rozpościerania się chorób zakaźnych, potrzebę zakładu desinfekcyjnego, w którymby suknie, pościel, bielizna i inne wyroby z tkanin zwierzęcych i roślinnych, które według doświadczenia najczęściéj są pośrednikami chorób zakaźnych, można najpewniéj desinfekcyjonować czyli pozbawiać szkodliwości z powodu grzybków chorobotwórczych.

Po uznaniu zasady, że do desinfekcyi wymienionych przedmiotów najodpowiedniejszą jest para gorąca do 100° C. przynajmniéj ogrzana, miała komisyja sanitarna do wyboru dwojakie przyrządy: przenośne i nieprzenośne. Komisyja idąc za przykładem i doświadczeniem miast niemieckich wybrała dla Krakowa przyrząd stały, nieprzenośny, a to z następujących powodów:

1) Kraków jest miastem za dużém na mały, przenośny przyrząd desinfekcyjny, użycie zaś do desinfekcyi kilku a w razie wielkiéj epidemii nawet kilkunastu przyrządów przenośnych nie byłoby ekonomiczném ze względu na obsługę i opał.

2) Ścisła a konieczna kontrola nad kilkoma małemi przyrządami jest bardzo trudna.

3) Desinfekcyja przyrządami przenośnemi na ulicach i placach publicznych a choćby nawet i w podworcach domów przestraszałaby niepotrzebnie bojaźliwych i zniechęcała do postępowania, które, jeżeli ma dopiąć swego celu, winno cieszyć się sympatyją ogółu.

4) Przyrządy przenośne nie mogą tak dokładnie działać, jak przyrządy stałe.

Z pomiędzy przyrządów stałych komisyja sanitarna oświadczyła się na wniosek referentą za przyrządem Schimmela i Spki w Chemnitz w Saksonii, a to dla tego, ponieważ znawcy zawodowi uznali go na podstawie własnych a ścisłych doświadczeń w téj chwili bez wątpienia za naj lepszy.

Rada miejska krakowska, nieżałująca funduszów na poprawę zdrowia publicznego, przyjęła prawie jednomyślnie wniosek komisyi sanitarnéj i wyznaczyła na kupno i pomieszczenie przyrządu desinfekcyjnego kwotę 7500 złr.

Dzięki téj uchwale Kraków posiada dziś zakład desinfekcyjny, który odpowiada wszelkim obecnym słusznym wymaganiom.

Oto jego krótki opis:

Zakład desinfekcyjny krakowski mieści się w osobnym, umyślnie wystawionym budynku na gruncie miejskim na Dajworze tuż nad samą Wisłą w stronie południowozachodniéj od miasta prawie w środku między mostem łączącym Kraków z Podgórzem a mostem kolei Karola Ludwika. Budynek parterowy z surowej cegły składa się z trzech izb: w pierwszej znajduje się kocioł parowy i skład na węgle. Kocioł wąski, ale wysoki ma 8·5 m² powierzchni ogrzewalnéj i działa przy 4 atmosferach. Dwie drugie izby zupełnie równéj wielkości mieszczą w sobie przyrząd desinfekcyjny w ten sposób, iż w ścianie zupełnie ściśle i szczelnie obydwie izby od siebie oddzielającéj znajduje się otwór tak właśnie wielki jak przekrój poprzeczny przyrządu desinfekcyjnego, który jedną połową mieści się w jednéj izbie a drugą takąż samą pod względem wielkości połową w drugiej izbie. Izba przytykająca do lokalu, w którym znajduje się kocioł parowy, i z nim drzwiami wprost połączona służy do odbierania rzeczy już desinfekcyjonowanych, izba zaś druga nie ma żadnéj komunikacyi z lokalem kotła parowego i służy do przyjmowania przedmiotów zakażonych. Celem dokładnego oddzielenia rzeczy zakażonych od desinfekcyonowanych nie tylko jednak obydwie izby wspomniane są zupełnie od siebie od-

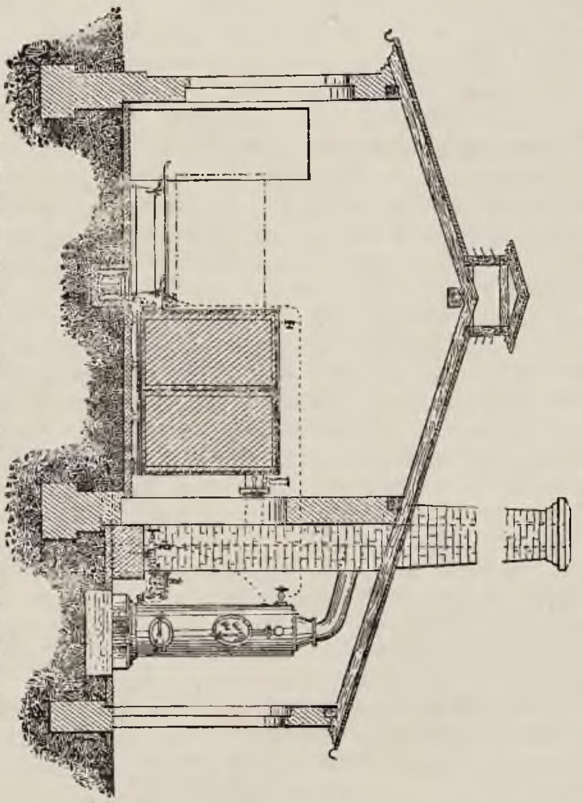


Fig. I. Przekrój pionowy zakładu desinfekcyjnego.

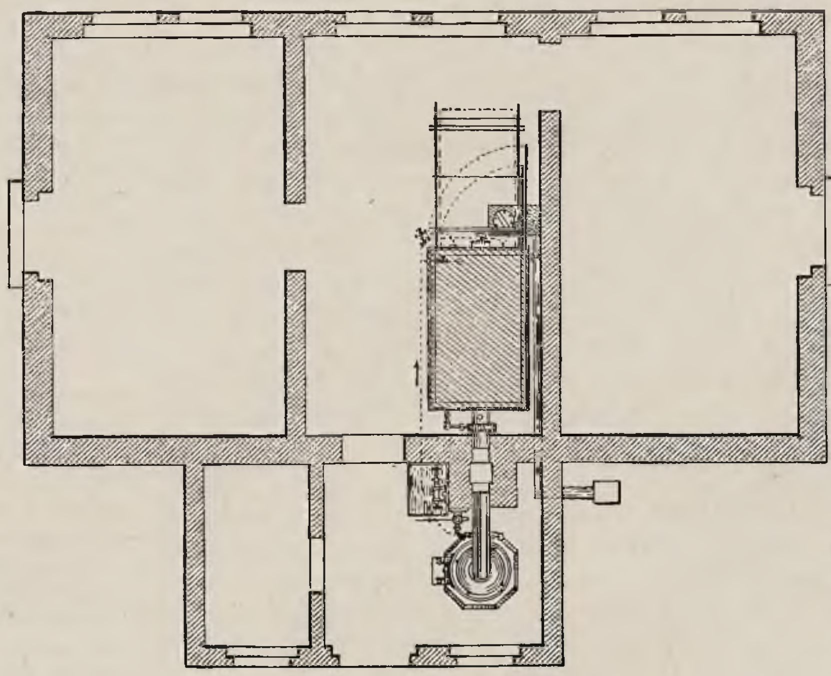


Fig. II. Przekrój poziomy zakładu desinfekcyjnego.

dzielone, jak już nadmieniliśmy, ścianą murowaną, ale nawet i grunt, otaczający cały budynek podzielony jest wysokim płotem na dwie części nie mające ze sobą żadnej bezpośredniej komunikacyi tak, iż chcąc się dostać z izby dla przedmiotów już desinfekcyjonowanych do izby dla rzeczy zakażonych trzeba wyjść na ulicę i obejść grunt, na którym znajduje się zakład desinfekcyjny. Do porozumiewania się w sprawie desinfekcyi służy tylko telefon prowadzący z jednéj izby do drugiej. Dla lepszego obeznania publiczności i służby z urządzeniem zakładu i uniknięcia szkodliwych pod względem sanitarnym pomyłek drzwi i połowa aparatu mieszczące się w izbie przeznaczonej do przyjmowania rzeczy zakażonych pomalowane są na bronzowo, gdy też same części w połowie drugiej zakładu pomalowane są na niebiesko.

Sam przyrząd desinfekcyjny cały zbudowany z żelaza ma kształt wagonu kolei żelaznéj i 2·50 wysokości, 1·60 szerokości i 2·84 m. długości. Samo zaś wnętrze komory desinfekcyjnej ma 4·8 m³ objętości. Ściany przyrządu są podwójne a przestrzeń między niemi wypełniona złym przewodnikiem ciepła. Do wnętrza przyrządu prowadzi dwoje drzwi oczywiście żelaznych i nader szczelnie się zamykających zapomocą odpowiedniego mechanizmu i uszczelniających listew gutaperkowych. Drzwi te mieszczą się w frontowych ścianach przyrządu. Prócz tych drzwi znajdują się jeszcze następujące otwory od strony izby do oddawania rzeczy już desinfekcyonowanych: otwór wentylacyjny u dołu zamykany szczelnie drzwiczkami jak u zwykłych pieców pokojowych, otwór w ścianie bocznéj służący do umieszczenia termometru rtęciowego ze sygnalizacyją elektryczną temperatury 100° C., w ścianie górnéj przyrządu otwór na umieszczenie zwykłego termometru mierzącego temperaturę we wnętrzu komory desinfekcyjnéj, otwór do komina na klapę szczelnie zamykać się dający i otwór dla manometru sprężynowego wskazującego ciśnienie do $^{1}/_{10}$ atmosfery i klapę bezpieczeństwa. Na dnie przyrządu dezinfekcyjnego znajdują się dwa systemy rur połączonych odpowiedniemi wentylami z kotłem parowym. Jeden system rur ze ścianami żebrowato powiększonemi służy do przeprowadzania przez nie pary a tem samem ogrzewania

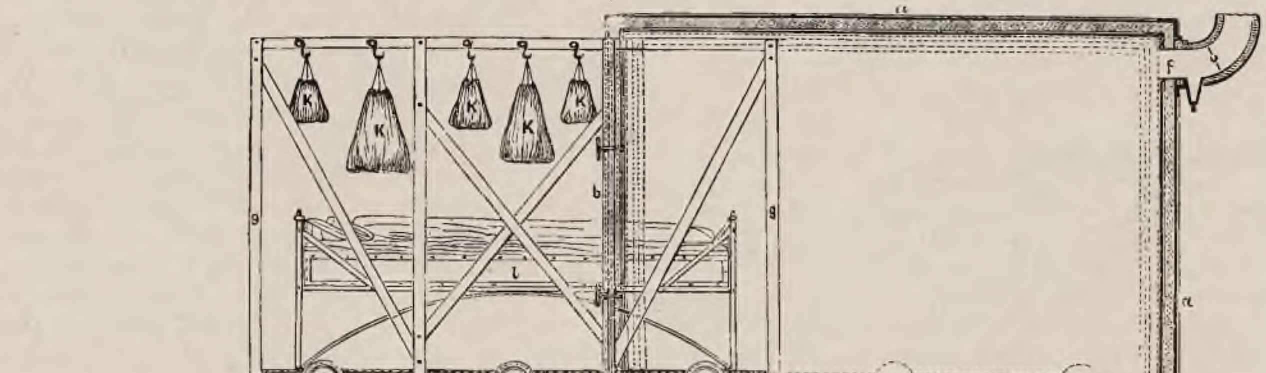


Fig. III. Przekrój pionowy podłużny przyrządu desinfekcyjnego.

na sucho komory desinfekcyjnej, drugi system składa się z rur opatrzonych malemi otworkami do wypuszczania pary. W samej komorze desinfekcyjnej znajduje się o mało co od niej mniejszy wózek poruszany na kółkach i szynach żelaznych, opatrzony od góry hakami w kilku szeregach. Nadto po obydwóch stronach frontowych przyrządu znajduje się żelazne rusztowanie ze stosownemi szynami dające się prostym mechanizmem tak ustawić, iż szyny rusztowań stanowić mogą proste przedłużenie szyn w komorze desinfekcyjnej, przez co wózek mieszczący się we wnętrzu można do pewnego stopnia z przyrządu wysuwać w miarę potrzeby w stronę izby do przyjmowania rzeczy zakażonych lub w stronę izby do oddawania rzeczy desinfekcyjonowanych.

Nadto należą do zakładu dwa wozy: jeden pomalowany na bronzowo służy do przywożenia rzeczy zakażonych drugi pomalowany na niebiesko do odwożenia rzeczy desinfekcyjonowanych.

Z termometrem elektrycznym, o którym wyżéj wspomniono, łączy się drutami mała bateryja galwaniczna i zwykły dzwonek elektryczny. Nadto znajduje się dla kontroli działania przyrządu desinfekcyjnego zapas termometrów maksymalnych mogących wskazywać temperaturę wyżéj 100° C.

(Dokończenie nastąpi).

Okólnik Namiestnictwa w sprawie cholery.

C. k. Namiestnictwo reskryptem z d. 28 grudnia 1887 r. do L. 81,448 oznajmiło Panom Starostom i Prezydentom miast Lwowa i Krakowa co następuje:

Według najnowszych wiadomości nie pojawiła się od dłuższego czasu cholera w Malcie. Ponieważ z téj przyczyny nie istnieje niebezpieczeństwo zawleczenia cholery do Państwa austryjackiego, przeto poleciło wys. Ministerstwo spraw wewn. reskryptem z d. 21 grudnia 1887 r. L. 21,237 znieść zarządzenia poczynione tutejszém rozporządzeniem z d. 14 sierpnia 1887 L. 49,782.

* Ministerstwo Oświecenia przesłało wszystkim krajowym Radom szkolnym wskazówki ułożone przez Najwyższą Radę zdrowia odnoszącą się do desinfekcyi (przez nas w swoim czasie podane), do zastósowania w szkołach. *W. med. Blätter* uważają zarządzenie to Ministerstwa za bardzo odpowiednie i ważne. Być może, że ono jest takiém we Wiedniu, ale u nas, gdzie szkoły po największéj części są źle umieszczone, środek ten pozostanie bez skutku

* Projekt urządzenia służby zdrowia w gminach nie miał wielkiego powodzenia w tych sejmach przedlitawskich, w których przez Rząd został przedłożony. Po największéj części bowiem. Sejmy (a mianowicie dolno-austryjcki i tyrolski) odrzuciły go albo w zupełności, albo domagały się tak licznych wyjaśnień, że spodziewać się należy, iż odroczenie równa się odrzuceniu.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 stycznia. Jak było do przewidzenia uroczystość jubileuszowa prof. Madurowicza rzeczywiście przybrała rozmiary wielkie. Dowiodła ona, jak dalece Jubilat jest poważany i kochany przez kolegów i uczniów. Z inicyjatywy Czytelni akademickiéj w wilię uroczystości o godzinie 7éj wieczór wyruszył z *Collegium physicum* przy ulicy św. Anny korowód z pochodniami, poprzedzony orkiestrą weteranów i posuwał się w stronę ulicy brackiéj przed mieszkanie Jubilata. Miasto nasze już dawno takiego pochodu nie widziało; cała ulica bracka była jakby w płomieniach. Do mieszkania profesora udała się delegacyja młodzieży, w imieniu któréj przemówił wiceprezes Czytelni kand. med. Schützer a wzruszony tym niespodzianym objawem sympatyi Jubilat odpowiedział w krótkich słowach. — W sobotę o godzinie 10éj rano zapełniła się piękna aula nowego gmachu uniwersyteckiego uczestnikami uroczystości. Na estradzie zajęli miejsce dziekan Wydziału lek. i przewodniczący komitetu jubileuszowego, pozostawiając między sobą miejsce dla Jubilata; po lewéj stronie estrady zasiadł Senat akademicki z Rektorem na czele, w pierwszych rzędach zaś Prezydent miasta oraz delegaci Tow. lekarzy galicyjskich prof. Czyżewicz, Drowie Bylicki i Rosner. Za krzesłem przeznaczoném dla Jubilata ustawiono popiersie jego, wykonane przez p. Błotnickiego, dar uczniów jego obecnych, przeznaczony dla sali wykładowéj i operacyjnéj kliniki położniczo-ginekologicznéj; z prawéj strony estrady stał zakryty obraz, pędzla p. Pochwalskiego, dar asystentów, przedstawiający scenę towarzyską, ugrupowaną ze wszystkich asystentów; naprzeciw estrady zaś ustawił się chór akademicki. Śród odśpiewania jednéj z kantat Mendelssohna wszedł Jubilat na salę i zajął miejsce na estradzie, powitany przez Dra Wiszniewskiego; po nim przemówił rektor magnificus X. Spis, daléj z kolei dziekan Cybulski, dyrektor szpitala św. Łazarza Dr. Harajewicz, prof. Czyżewicz imieniem Tow. lekarzy galicyjskich. Dr. Bylicki imieniem sekcyi lwowskiéj, prezes Tow. lekarskiego krakowskiego wręczając Jubilatowi dyplom członka honorowego, redaktor Przeglądu Lekarskiego wręczając mu numer jubileuszowy tego pisma; następnie nadzwyczaj wymownie i serdecznie miał rzecz prym. Paszkowski, oddając wspaniałe album z fotografijami b. uczniów z całéj Galicyi i prezes Czytelni akademickiéj. Po odśpiewaniu „Niech żyje nam“ przez chór prof. Czyżewicz w imieniu asystentów i sekundaryuszów, „tych wszystkich, co ćwierć wieku chętnie i wiernie stali“ przy Jubilacie, wręczył mu obraz, który równocześnie został odsłonięty; w końcu w imieniu obecnych uczniów przemówił Dr. Godlewski. Na przemówienie to odpowiedział prof Madurowicz serdecznemi słowy, a gdy skończył trwały oklaski przez kilka minut a odśpiewanie kantaty zakończyło piękną tę a rzadką uroczystość, z któréj wszyscy obecni wynieśli wrażenie budujące i podniosłe.

Wieczorem o godzinie 6éj odbyła się w sali Tow. wzajemnych ubezpieczeń uczta, urządzona za inicyjatywą Wydziału lekarskiego. Zebrało się około 80 uczestników. Obok Jubilata zajęli miejsce Rektor i Prorektor hr. Tarnowski i Senat akademicói. Szereg toastów rozpoczął dziekan Wydziału lek. prof. Cybulski od toastu na cześć Jubilata, który serdecznie dziękując pił w ręce rektora Uniw. Jagiell.; ostatni wzniósł toast na Akademiję Umiejętn., na to powstał hr. Stan. Tarnowski odczytawszy nasamprzód list prezesa Majera, który z powodu posiedzeń sejmowych przybyć nie mógł, wygłosił następnie piękny toast na cześć obecnych i dawnych uczniów Jubilata w ręce prof. Czyżewicza. W imieniu uczniów bardzo pięknie przemówił docent Jordan, następnie docent Mars na pomyślność uczestników uroczystości, docent Pieniążek na cześć Towarzystwa lekarzy galicyjskich a zakończył szereg toastów prof. Oettinger zdrowiem „kochajmy się“, wzniesionêm w formie krakowiaków, które wypowiedziane z werwą wywołały huczne oklaski. Czytelnicy zapewne nie wezmą nam za złe, jeżeli krakowiaki te powtórzymy w dosłownêm brzmieniu:

1. Płynie Wisła płynie, fala falę goni,
   Krakowiaczek dzisiaj o Madurze dzwoni.
2. Dwadzieścia pięć latek z katedry wykłada,
   I nad mateczkami i maleństwem włada.
3. Wyuczył już roje babek i babiarzy,
   Siła matek, dziatek nowem życiem darzy.
4. Główeczkę upartą, że jéj coś zawadza,
   Kleszczami ostrożnie na świat wyprowadza.
5. Panicza, panienkę, gdy się skośnie stawia,
   Misternym obrotem z kłopotu wybawia.
6. Nie jednę dzieweczkę, nie jednego zucha,
   Wypról śmiało dzielnie z matczynego brzucha.
7. Surowo też strzeże zdrowia swych chowańców,
   Nie zna on tam żartów, żadnych figli, tańców.
8. Mars mu z czoła patrzy a z brody powaga,
   Z ust jego nie płynie tylko prawda naga.
9. Nie są jego rzeczą gładkie, słodkie słowa,
   Ale serce złote w piersiach swoich chowa.
10. Dobrocią mu błyszczy oko jego modre,
    A dla każdéj biedy ręce jego szczodre.
11. Lubią tego dziczka koledzy, uczniowie,
    Mitrę też rektorską nosi na swéj głowie.

12. Żyjże nam Rektorze, żyj nam w setne lata,
Żyj z tym wieńcem zasług, co Twą skroń oplata.
13. Krakowiaczek zasię nim swój kubek łyknie,
Wiwat Madurowicz! z pełnéj piersi krzyknie.
14. A w dodatku jeszcze: kochajmy się wzajem,
Kochajmy się wszyscy polskim obyczajem.

Wreszcie docent Grabowski odczytał telegramy w liczbie 70 i kilku nadeszłe przeważnie z Galicyi, ale w wielkiéj części i innych dzielnic polskich oraz z Wiednia. Pomiędzy temi telegramami zwróciły głównie na siebie uwagę: prof. Brodowskiego w imieniu Tow. lek. warszawskiego, Dra Wicherkiewicza imieniem Wydziału lek. T. P. N. w Poznaniu, prof. Tyrchowskiego z Warszawy, protomedyka Biesiadeckiego we Lwowie, który dla słabości przybyć nie mógł, Drów Zielewicza i Święcickiego z Poznania, Dra Krassnigga z Celowca, posłów sejmowych: Bobrzyńskiego, Madeyskiego, Weigla, Zolla itd.

Z bliższych okolic Krakowa przybyli na uroczystość prawie wszyscy uczniowie Jubilata, ze Lwowa prócz wymienionych przybył i prof. Feigel, wielu kolegów z Galicyi wschodniéj z powodu zasp śnieżnych stanąć nie mogło.

Tak zakończyła się rzadka zaprawdę uroczystość, w któréj wszystko tchnęło serdecznością i żadnego nie było dysonansu.

Od prof. Madurowicza otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny kolego Redaktorze!

Upraszam o łaskawe umieszczenie następującego podziękowania mego w łamach „Przeglądu Lekarskiego“.

Niepodobna mi odpowiedzieć, jakbym tego pragnął, na wszystkie życzliwe bilety, listy i telegramy, otrzymane z powodu uroczystego obchodu mego jubileuszu, dla tego tą drogą dziękuję jak najserdeczniéj wszystkim łaskawym kolegom i uczniom moim za okazany, a dla mnie tak pochlebny udział w téj uroczystości.

Kraków 16 stycznia 1888 r.

Prof. Dr. Madurowicz.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. okazał prof. Korczyński przetwory przemysłu aptekarskiego. Po jednogłośnem przyjęciu wniosku odnoszącego się do etyki lekarskiéj nastąpiły wykłady zapowiedziane.

* W Numerze 2im wspomnieliśmy o rozporządzeniu z d. 31 grudnia 1887, mieszczącém w sobie przepisy pod względem mianowania, awansowania itd. lekarzy wojskowych w armii austryjackiéj. Dziś wyjmujemy dwa §§ z tego rozporządzenia, najważniejsze i dla lekarzy cywilnych i podajemy je w tłumaczeniu dosłownem:

§ 20: W razie wojny służba próbna aspirantów jako starszych lekarzy miejsca mieć nie będzie, natomiast przedstawi się ich, jeżeli zresztą uczynią zadość wymogom, odrazu jako lekarzy starszych w stanie czynnym „na czas wojny“.

Jeżeli służba ich okaże się odpowiednią, mogą oni po upływie dwóch miesięcy podać się o mianowanie stałe.

Lekarze starsi, mianowani na czas wojny, którzy takiego podania nie wniosą, lub których pozostanie w wojsku nie jest korzystnem dla służby, w skutek szczególnego polecenia państwowego ministerstwa wojny z nastaniem demobilizacyi powrócą w stosunki swoje poprzednie.

§ 21: W razie mobilizacyi znakomitsi lekarze cywilni (np. profesorowie uniwersyteccy, sławni operatorowie), nie należący do rezerwy lub obrony krajowéj a oświadczający gotowość służenia w zakresie armii ruchoméj, na czas wojny znajdą pomieszczenie jako lekarze konsultanci i otrzymają w tym razie wyjątkowo i rangę wyższą (od lekarza sztabowego począwszy).

Po ukończonéj wojnie lekarze ci konsultanci, jeżeli o to prosić będą państwowego Ministerstwa wojny, zatrzymają rangę otrzymaną w stósunku „poza służbą“.

* Akademija umiejętności w Turynie przyznała Pasteurowi nagrodę Dressy w kwocie 12.000 lirów.

* Żona Dra Mackenziego otrzymała od królowéj angielskiéj ogromnéj wartości szal z palmami złotemi jako dowód łaski.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Koch mianowany został lekarzem jeneralnym *à la suite* korpusu sanitarnego pruskiego. — Asystent 1szy przy Zakładzie higijenicznym Dr. Frank mianowany został przełożonym oddziału bakteryjologicznego stacyi zoologicznéj w Neapolu, a miejsce jego zajął Dr. Fränkel. — Prof. nadzw. anatomii opisowéj Hartmann otrzymał charakter tajnego radzcy lekarskiego. — **Londyn.** Prof. Cullingworth otrzymał oddział położniczy w szpitalu św. Tomasza. — **Tübinga.** Dr. Garré, docent prywatny chirurgii i bakteryjologii w Bazylei powołany został jako profesor do Tübingi. — **Królewiec.** Na miejsce Naunyna mają być proponowani Mering z Strasburga, Eichhorst z Zurychu, Lichtheim z Berna i Leichtenstern z Kolonii. — **Jena.** Na miejsce Brauna przedstawiony został prof. nadzw. Rosenbach z Gietyngi.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Stanisław Kruszyński mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj przy szpitalu garnizonowym we Lwowie.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarli antropolog Dally i psychijatra Foville, w Padwie zaś prof. chirurgii Vanzetti w 78 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Matlakowskiego: Przypadek wycięcia nerek prawéj przy t. zw. *phthisis renalis;* Glużińskiego: O zachowaniu się chlorków w moczu w chorobach żołądka: Pawińskiego: O działaniu siarczanu sparteiny; Przewóskiego: Desinfekcyja przestrzeni mieszkalnych po usunięciu chorego na chorobę zaraźliwą. — W *Medycynie* Nr. 1: Adamkiewicza: *Sclerosis lateralis amyotrophica* z następowém porażenie wpuszkowém; Bednarskiego: Przyczynek do statystyki chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

W *Medycynie* Nr. 2: Adamkiewicza: *Sclerosis lateralis amyotrophica* (dok.); Bednarskiego: Przyczynek do statystyki chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie (dok.). — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Zeszyt IV: Zawadzkiego: O wpływie kalomelu na gnicie żółci; Rejchmana: Badania doświadczalne nad wpływem środków gorzkich na czynności żołądka zdrowego i chorego; Gobszewicza: O doszczętném leczeniu wolnych przepuklin; Zieleniewskiego; Słownik biblijograficzno-balneologiczny (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Pawińskiego: O działaniu siarczanu sparteiny (c. d.); Matlakowskiego: Przypadek wycięcia nerki prawéj przy t. zw. *Phthisis renalis* (dok.); Przewóskiego: Desinfekcyja przestrzeni mieszkalnych (dok.); Krysińskiego: Rzadka anomalija błony dziewiczéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Gustaw PIOTROWSKI: Zur Kenntniss der Gefässinnervation (z Zakładu prof. Cybulskiego, odbitka z *Centralbl f. Physiol.* 1887), in 8vo str. 4.

Dr. F. SZELIGOWSKI: Kilka słów o pomiarach antropometrycznych młodzieży gimnazyjum męskiego w Radomiu (Odbitka z *Medycyny* 1887) in 8vo str. 18.

Dr. ŚWIĘCICKI (Poznań): Die Geburt eines Janiceps (Odbitka z *Centrbl. f. Gynäk.* 1887), in 8vo str. 4.

O. BUJWID: Odczyn chemiczny na bakteryje cholery azyjatyckiéj (czerwień cholery). (Odbitka z *Gazety Lek.* 1887) in 8vo str. 5.

Dr. POMORSKI (w Gryfii): Ein Fall von Rankenneurom d. Intercostalnerven mit Fibroma molluscum und Neurofibromen (Odbitka z Archiwu Virchowa 111, 1888), in 8vo str. 15 z tabl.

Dr. J. BOGDANIK: Ein Fall von Resection des vorgefallenen Mastdarmes (Odbicie z *W. med. Presse* 1888), in 8vo str. 2.

Ein Fall von Rankenneurom der Intercostalnerven. Inaugural-dissertation von J. Pomorski, Assistenzarzt am pathol.-anatom. Institut, Greifswald 1887, in 8vo, str. 31.

Dr. Wł. BIEGAŃSKI: O rokowaniu w zapaleniu płuc włóknikowém (Odbitka z *Medycyny* 1886) in 8vo str. 21.

Sprostowanie. W Nrze 2 w rozprawie Dra Bylickiego na str. 20 szpalcie 1éj wiersz 26 od góry zamiast „uwięzgłego“ ma być zewnętrznego, a na str. 20 szpalcie 2éj wiersz 7 zamiast „(Runge)“ ma być (Ruge).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.